

Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de recursos

Organisational models
in palliative care.

A comparison on consumption
of resources. *Executive summary*

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



AETSA 2006/34





Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de recursos

Organisational models
in palliative care.
A comparison on consumption
of resources. *Executive summary*

Lacampa Arechavaleta, Patricia.

Modelos organizativos en cuidados paliativos / Patricia Lacampa Arechavaleta, Clara Bermúdez Tamayo, Silvia Vallejo Godoy, Leticia García Mochón, Román Villegas Portero. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.

47 p.; 24 cm.

1. Cuidados paliativos / organización y administración 2. Modelos organizativos I. Bermúdez Tamayo, Clara II Vallejo Godoy, Silvia III. García Mochón, Leticia IV. Villegas Portero, Román V. Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias VI. España. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Autores: Patricia Lacampa Arechavaleta¹, Clara Bermúdez Tamayo¹, Silvia Vallejo Godoy¹, Leticia García Mochón¹, Román Villegas Portero².

¹*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

²*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.*

Dirección técnica: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía

Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Avda. de la Innovación s/n
Edificio RENTA SEVILLA. 2ª Planta
41020 Sevilla
España – Spain

© de la presente edición: Ministerio de Sanidad y Consumo.

© de los contenidos: Consejería de Salud – JUNTA DE ANDALUCÍA

ISBN: 978-84-96990-33-3

NIPO: 354-07-069-X

Depósito Legal: SE-3105-2009

Imprime: El Adalid Seráfico, S.L.L., Sevilla

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia

Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de recursos

Organisational models
in palliative care.
A comparison on consumption
of resources. *Executive summary*

Conflicto de Interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Agradecimientos

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y los autores reconocen y agradecen a los revisores su dedicación y aportaciones.

Han sido revisores de este libro: Elvira Fernández de la Mota, Rafael Cía y Reyes Sanz Amores.

Índice

Resumen ejecutivo	15
Executive summary	17
Introducción	19
I. Material y Métodos	23
I.2 Población de estudio	23
I.2.1 Intervenciones a comparar	23
I.2.2 Medidas de resultados	23
I.3 Búsqueda bibliográfica para el objetivo 1	23
I.4 Búsqueda bibliográfica para el objetivo 2 y 3	24
I.4.1 Estimación de costes	24
II. Resultados	27
II.1 Evidencia de la literatura en modelos de cuidados paliativos	27
II.2 Evidencia de la literatura en término de ahorro de recursos en la asistencia al paciente terminal	32
II.3 Modelo para la estimación de recursos y costes ahorrados	35
III. Discusión	37
IV. Conclusiones	39
V. Referencias	41

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Costos unitarios de los recursos utilizados	25
Tabla 2. Referencias relevantes consultadas	27
Tabla 3. Principales características de los estudios incluidos en el trabajo	33
Tabla 4. Resultados aportados por los estudios incluidos en el trabajo	34
Tabla 5. Resultados en ahorro de costes del equipo de soporte	35
Tabla 6. Resumen de las variables recogidas de las 17 historias consultadas (promedio de días)	36
Figura 1. Organización en el Modelo Tradicional de los cuidados paliativos	21
Figura 2. Organización en el unidades de soporte Hospitalario	21

Resumen ejecutivo

Antecedentes

Los cuidados paliativos son programas de asistencia dirigidos a pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles que no responden a los tratamientos curativos. Entre sus objetivos destacan el control de síntomas clínicos como el dolor, y la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, orientados a conseguir el alivio del sufrimiento de la persona enferma y de su familia. Los modelos de oferta y prestación de cuidados paliativos son muy variados tanto en España como en otros países, desconociéndose si unos pueden llegar a ser más eficientes que otros.

Objetivos

- 1) Describir las características y funciones de los diferentes modelos de cuidados paliativos españoles descritos en la literatura.
- 2) Describir el consumo de recursos en la asistencia al paciente terminal.
- 3) Analizar la diferencia de los costes generados por los pacientes atendidos en una unidad de soporte hospitalario frente al modelo tradicional.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura en la base de datos MEDLINE y en las listas de referencias de los artículos considerados relevantes. Se usó como descriptor “palliative care”. Del mismo modo, se llevó a cabo una búsqueda general en Internet, donde se consultaron las páginas Web de distintas sociedades de cuidados paliativos españolas, así como distintos planes elaborados por la Administración para la aplicación de cuidados paliativos tanto en el ámbito nacional como regional. Para el primer objetivo se consideraron aquellos estudios que describieran la implantación de un programa de cuidados paliativos ya fuera en el ámbito local, regional o nacional. Para el segundo y tercer objetivos se buscaron estudios comparativos en los que se analizaran consumo de recursos. Las medidas de resultados se engloban en dos grupos: hospitalarias y no hospitalarias (derivadas de los cuidados de atención primaria).

Dado el enfoque del análisis, realizado desde el punto de vista del Sistema Nacional de Salud, solo se consideraron los costes directos asociados a la atención del paciente en situación terminal en España.

Resultados

Se identificaron siete modelos organizativos para la atención a los pacientes en situación terminal:

- Equipos de Atención Primaria que ofrecen Cuidados Paliativos
- Equipos de Soporte Hospitalario
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria
- Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer
- Unidades de Cuidados Paliativos de agudos
- Unidades de Cuidados Paliativos de media y larga estancia
- Servicios de especialidades de los hospitales de agudos

En cuanto a la evidencia disponible sobre el ahorro de recursos en la asistencia al paciente terminal se encontraron seis trabajos. La mayoría de los estudios incluidos fueron ensayos aleatorios u observacionales con grupo de comparación. Dada la variabilidad de los distintos equipos de soporte, los criterios de inclusión fueron amplios.

Pese a que los modelos de provisión de la asistencia son muy variados todos reflejan una reducción en el número de días de hospitalización cuando existe un modelo organizado de cuidados, oscilando el número de días entre 6 y 10, con un promedio general de reducción de 8 días.

Tomando como comparador los datos publicados por el estudio de Gómez-Batiste para el año 1992, cuando los cuidados paliativos aún no estaban muy desarrollados, el número de días de estancia que se ahorraban era de 15,44, y un total de 7.652 euros por día de ingreso; si por el contrario utilizamos el valor publicado por ese mismo autor para el año 2001, las diferencias se reducen a 9,64 días y el coste ahorrado sería de 4.777 euros al día.

Conclusiones

Existe una gran variabilidad en la provisión de la asistencia de cuidados paliativos para los pacientes en situación terminal.

Pese a que los modelos son diferentes la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, favoreciendo la atención en sus domicilios.

No se han localizado suficientes datos para poder realizar una comparación directa entre los diferentes modelos de organización. Se ha recurrido a una comparación indirecta.

En dos escenarios planteados (con escasa y con mayor difusión de los cuidados paliativos en España) se produce un ahorro de estancias cuando están desarrollados equipos de soporte frente a la atención con un modelo tradicional.

Executive summary

Background

Palliative care involves caring programmes that are addressed to patients who have progressive or irreversible illnesses which do not respond to healing treatments. There can be enhanced among its aims: control of clinical symptoms, like pain, and care of spiritual, social and psychological problems. The objectives are addressed to relieving the ill's and their families' suffering. The models for offer and delivery of palliative care range much as in Spain as in other countries; but it is unknown whether the former are more efficient than the latter or otherwise.

Objectives

- 1) To describe the features and functions of the range of Spanish palliative care models which are described in the literature.
- 2) To describe resource consumption in caring terminal patient.
- 3) To analyse the difference among the costs that were produced by patients who were being cared in the hospital unit as opposed to the traditional model.

Methodology

A review of the literature was conducted on MEDLINE data bases and of the reference lists of the papers that were considered relevant. 'Palliative care' was employed as descriptor. Likewise it was run an overall search on the Internet where web sites of different Spanish palliative care societies were consulted, as well as different plans the Administration produced to apply palliative care both at national and regional levels. For the first aim, it was considered those papers describing the implementation of a palliative care programme within the local, regional or national scope. For the second and third objectives there were looked for comparison papers analysing resource consumption. The outcome measures are divided into two groups: hospital and non-hospital (deriving from primary care).

Given the approach of the analysis, which has been conducted from the point of view of the National Health System, there were considered direct costs that are related to the terminally ill patient's care in Spain, only.

Results

Seven organisational models of care for terminally ill patients were identified:

- Primary care units which offer palliative care.
- Hospital units
- Home care units
- Palliative Home Care Units of Asociación Española Contra el Cáncer (Spanish Association against Cancer).
- Acute Palliative care Units
- Long- and mid-term Palliative Care Units.
- Speciality Department of Acute hospitals.

Concerning the evidence available on resource saving in caring the terminally ill patient, six papers were found. Most of the papers that were included were either randomised or observational papers with comparison group. Given the variability of different units, the inclusion criteria were wide.

Despite the fact that delivery caring models vary much, all of them reflect reduction in the number of hospital days when there is an organised caring model. The hospital days range between 6 and 10, and the overall reduction average is 8 days.

The paper by Gómez Batiste for 1992 provided some data on palliative care when the latter was not developed much. If the data provided by the said author was taken as marker, the number of hospital days that was saved would be 15.44 and a total amount of 7.652 euros per hospital admission day. However, if the rate the said author published in 2001 was employed, the differences would be reduced to 9.64 days and the cost saved would be 4.777 euros a day.

Conclusions

There is great variability in how palliative care is delivered to the terminally ill patients.

Despite the fact that models are different, they share the same purpose which is providing patients with quality care, hence favouring care at their home.

There was not found sufficient data to be able to make a direct comparison between different organisational models. Hence an indirect comparison was established.

In two sceneries (with scarce and major diffusion of palliative care in Spain) it is produced hospital stay saving when the units are developed as opposed to caring by following a traditional model.

Introducción

Los cuidados paliativos son programas de asistencia dirigidos a pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles que no responden a los tratamientos curativos. Entre sus objetivos destacan el control de síntomas clínicos como el dolor, y la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, orientados a conseguir el alivio del sufrimiento de la persona enferma y de su familia¹.

El modelo de cuidados paliativos se inicia en el Reino Unido a través de los servicios facilitados en los “hospices”. Con posterioridad este modelo, comenzó a desarrollarse en los hospitales de agudos y rápidamente se extendió por todo el mundo, fundamentalmente en Europa, Norteamérica, Australia e Israel, ideándose otro tipo de recursos complementarios como son los cuidados domiciliarios, los centros de día, las unidades móviles y los equipos de soporte².

Los cuidados paliativos se han impuesto hoy día como una necesidad indispensable. Incluso, la Organización Mundial de la Salud también hace suya esta necesidad y recomienda la inclusión de los cuidados paliativos como parte de la política gubernamental sanitaria¹, llegando incluso a solicitar la existencia de determinados recursos (30 camas por millón de habitantes), dedicados específicamente a este tipo de servicios³.

En España, los cuidados paliativos se iniciaron a finales de los años ochenta, siendo Cataluña la primera comunidad autónoma que realizó una apuesta estructurada para desarrollar un programa amplio de cuidados paliativos. En el resto de comunidades autónomas también han existido diferentes iniciativas y en el año 2000 se aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos⁴ donde se plasmaron las bases para su desarrollo.

Sobre este plan, la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado experiencias dirigidas a la atención a los pacientes con enfermedad en situación terminal o han aprobado su propio Plan Regional de Cuidados Paliativos. Sin embargo, los modelos de cuidados paliativos ofertados por cada Comunidad son muy heterogéneos.

En España se estima que existen más de 206 equipos de cuidados paliativos de gran diversidad⁴ que van desde unidades de cuidados paliativos hospitalarios, cuidados paliativos domiciliarios desde atención primaria a equipos de soporte hospitalario o domiciliario.

En la literatura se encuentran estudios de buena calidad científica en los que se aportan pruebas suficientes sobre la efectividad de los equipos especializados en cuidados paliativos, sobre todo en lo que respecta al control del dolor y otros síntomas, y a la satisfacción de pacientes y cuidadores⁶.

Los pacientes terminales se caracterizan por presentar una serie de características entre las que se encuentran tener una enfermedad avanzada, progresiva e

incurable, con un gran impacto emocional, una corta esperanza de vida y con un aumento y diversificación de sus necesidades, tanto físicas como, psicológicas.

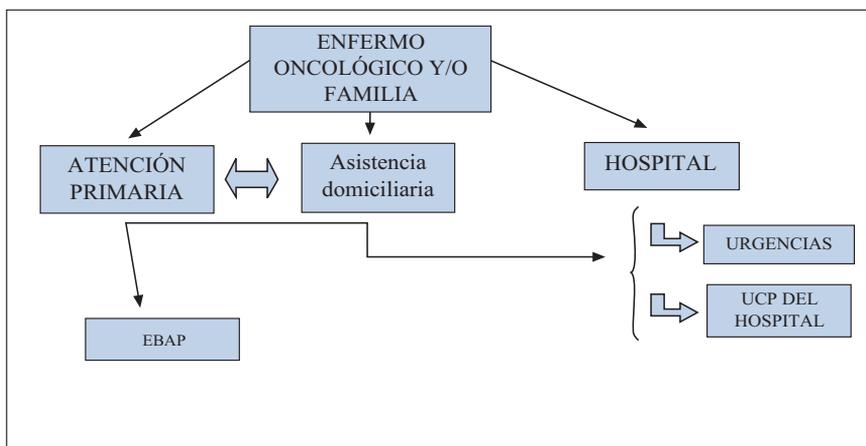
La atención al paciente durante este periodo debe cubrir sus necesidades en todas sus dimensiones, tanto física (control de síntomas), como psicológica, social y espiritual, cuidando, especialmente, la adaptación del paciente y la familia al proceso natural de morir. La inclusión a la unidad de cuidados paliativos la suele determinar el oncólogo o el internista, aunque esto también es variable. Dadas las características de estos pacientes, la asistencia a las consultas podrá ser realizada por sus familiares, sobre todo en las últimas etapas.

En el presente estudio se describen los diferentes modelos que prestan cuidados paliativos en España y se realiza un análisis comparativo, en términos de consumo de recursos, de las dos principales alternativas de atención al paciente en situación terminal. Se compara el Modelo Tradicional de atención a estos pacientes (Figura 1) con respecto a una unidad especial de organización de los cuidados paliativos que denominaremos Unidad de Soporte Hospitalario (Figura 2).

En cuanto al Modelo Tradicional, habría que destacar que éste carece de un sistema de funciones que permita la coordinación entre atención primaria y especializada., la única coordinación entre niveles es realizada por el personal de enfermería, mientras que el seguimiento lo realiza fundamentalmente el equipo de atención primaria. La entrada a la atención especializada se realiza a través de urgencias o la unidad de cuidados paliativos.

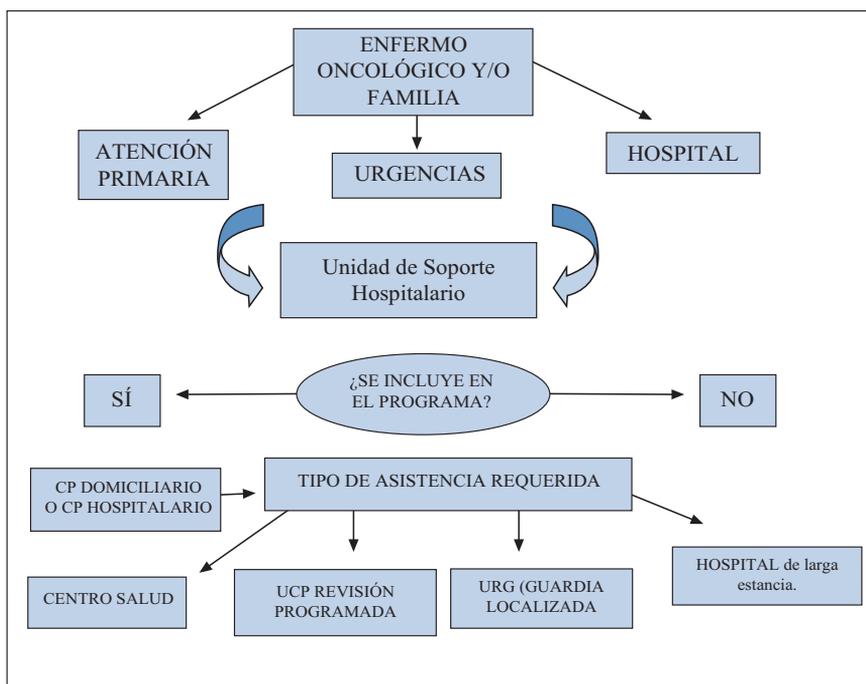
Por el contrario, las Unidades de Soporte Hospitalario persiguen la coordinación entre los distintos niveles asistenciales con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial. Se realiza una gestión activa para que el paciente reciba la atención requerida en cada momento, la unidad de cuidados paliativos realiza un estrecho seguimiento de estos pacientes (llamadas telefónicas) y se encarga de la organización de los diferentes dispositivos (061, atención primaria, la propia UCP, sus propios familiares, etc.).

Figura 1. Organización en el Modelo Tradicional de los cuidados paliativos.



EBAP: equipo básico de atención primaria; UCP: unidad de cuidados paliativos.

Figura 2. Organización en las unidades de soporte hospitalario.



Objetivos

- 1) Describir las características y funciones de los diferentes modelos de cuidados paliativos españoles descritos en la literatura.
- 2) Describir el consumo de recursos en la asistencia al paciente terminal.
- 3) Analizar la diferencia de los costes generados por los pacientes atendidos en una unidad de soporte hospitalario frente al modelo tradicional.

Material y Métodos

Población de estudio

Pacientes con cáncer en situación terminal incluidos en un programa de cuidados paliativos coordinados por un equipo de soporte hospitalario o incluidos en el proceso asistencial tradicional.

Intervenciones a comparar

Para el objetivo 1 las intervenciones fueron los diferentes modelos descritos en la literatura. Para los objetivos 2 y 3 las intervenciones a comparar fueron un equipo de soporte hospitalario frente a los cuidados paliativos tradicionales.

Medidas de resultados

Las medidas de resultados se engloban en dos grupos: hospitalarias y no hospitalarias (derivadas de los cuidados de atención primaria). Se describen a continuación:

- Días de hospitalización y de estancia en la Unidad de Cuidados Paliativos.
- Numero de visitas: médico de Atención Primaria, urgencias, equipo de soporte al domicilio, del médico y enfermera de AP al domicilio, trabajador social al domicilio.
- Numero de transportes realizados en ambulancia.
- Horas del: médico en domicilio, visitas del personal de enfermería, especialista y auxiliar de enfermería.
- Numero de llamadas telefónicas del Equipo de Soporte al Domicilio.

Búsqueda bibliográfica para el objetivo 1

Se realizó una revisión de la literatura en la base de datos MEDLINE y en las listas de referencias de los artículos considerados relevantes. Se usó como descriptor “palliative care”. Del mismo modo, se llevó a cabo una búsqueda general en Internet, donde se consultaron las páginas web de distintas sociedades de cuidados paliativos españolas, así como distintos planes elaborados por la

Administración para la aplicación de cuidados paliativos tanto en el ámbito nacional como regional.

Por otra parte, y para contrastar la información, se acordó una cita con el Equipo de Soporte del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, para especificar y aclarar la estructura y funciones de los distintos modelos de cuidados paliativos que existen en la provincia de Granada.

Se seleccionaron aquellos estudios o recursos web en donde aparezcan equipos de cuidados paliativos que desarrollen su actividad en España.

Búsqueda bibliográfica para el objetivo 2 y 3

Se efectuó una búsqueda en la base de datos de MEDLINE, usando el mismo descriptor, y en las listas de referencias de los artículos considerados más relevantes. Se seleccionaron aquellos estudios con grupo de comparación y los ensayos aleatorios en los que se analizara el consumo de recursos de los pacientes con cáncer en situación terminal incluidos en un programa de cuidados paliativos convencional o provistos de un equipo de soporte.

Tras contactar con el equipo de soporte del Hospital Virgen de las Nieves, se obtuvo información de su base de datos. Además, para un mayor control de los datos se tomó una muestra de las historias de los pacientes incluidos en el programa. En concreto, se seleccionaron las historias de aquellos pacientes que hubiesen fallecido en el último mes de programa, y se revisaron los valores de la estancia hospitalaria, las visitas al equipo de soporte, el número de respuestas telefónicas efectuadas por la unidad en las guardias localizadas, las visitas a urgencias de los pacientes, y las actuaciones del DCCU (Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencias).

Estimación de costes

Dado el enfoque del análisis, realizado desde el punto de vista del Sistema Nacional de Salud, solo se consideraron los costes directos asociados a la atención del paciente en situación terminal en España.

En la tabla 1 se desglosan los costes unitarios de los recursos sanitarios consumidos en la atención del paciente terminal, haciendo especial hincapié en el número de días de estancia hospitalaria que genera un tipo de cuidado u otro. Los costes se obtuvieron de la literatura^{7,8}, de la consulta a profesionales sanitarios dedicados a los cuidados paliativos y del BOJA⁹.

Tabla 1. Costos unitarios de los recursos utilizados.

RECURSOS SANITARIOS	COSTES UNITARIOS
Días de hospitalización	495,59 €
Días de estancia en una Unidad de Ciudadados Paliativos	132,5 €
Visitas del paciente a Atención Primaria (personal médico y enfermero)	51,77 €
Visitas a urgencias hospitalarias	64,8 €
Visitas domiciliarias del médico de atención primaria	35,8 €
Visitas del equipo de soporte al domicilio	37,47 €
Transportes realizados en ambulancia.	165 €

Resultados

Evidencia de la literatura en modelos de cuidados paliativos.

Para conocer las características y funciones de los modelos de cuidados paliativos en España se consultaron las fuentes de información que se detallan a continuación (Tabla 2):

Tabla 2. Referencias relevantes consultadas.	
PUBLICACIONES RELEVANTES	REFERENCIAS
Páginas web consultadas	<ul style="list-style-type: none"> - www.secpal.com. Sociedad española de cuidados paliativos¹⁰. - www.sedolor.es. Sociedad española del dolor¹¹. - http://www.sovpal.org/guia.asp¹². Sociedad vasca de cuidados paliativos - www.forumgeriatrics.org¹³. (Instrumento de servicio, de formación continuada, de información, de investigación y de comunicación para los médicos y profesionales de la salud que tratan con los ancianos en España.) - www.mtuam.com/cas/pades.asp¹⁴. Programa de soporte domiciliario. -www.fisterra.es Atención primaria en la red¹⁵ -ww.todocancer.com/¹⁶ Asociación española contra el cáncer
Planes nacionales y de comunidades autónomas	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001⁴. - Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005². - Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009³. - Estrategias de Mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud 2002¹⁷ - Programa Marco. Cuidados Paliativos. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud. 2002¹⁰ - Plan de Cuidados Paliativos. Atención a pacientes en la fase final de la vida. CAPV, 2006-09. Gobierno vasco¹⁹. - Proceso Asistencial de cuidados paliativos en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. 2002²⁰
Ensayos clínicos Revisiones sistemáticas	<ul style="list-style-type: none"> - Benítez MA et al. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Aten Primaria 2001;27:123-126²¹. - Martín JM, Trias M, Gascón J. Cuidados Paliativos. An Pediatr (Barc) 2005;62:479-88²². - Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. Palliative Medicine 2001;15:271-278⁸ - Sabartés O, González P, Ortega C, Serra MA. Evolución de un equipo de soporte de geriatría y cuidados paliativos en un hospital de agudos. Rev Mult Gerontol 2003; 13 (2):83-88²³.

Tabla 2. Referencias relevantes consultadas (cont.)

PUBLICACIONES RELEVANTES	REFERENCIAS
	<p>- Flores LA, Centeno C, Hermansanz S, Rubiales AS, Lopez-Lara F. Spain: palliative care programs in Spain, 2000: a national survey. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2002 Aug; 24(2):245-51²⁴.</p> <p>- Aldasoro, E., Pérez, A., Olaizola, MT. La asistencia a pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática de la literatura y estudio en el medio hospitalario del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2003. Informe nº: Osteba D-03-01. ¡Error! Marcador no definido.</p> <p>- Rocafort J, Herrera E, Fernández F, Grajera M, Redondo M, Díaz F. et al. Palliative Care Support Teams and the Commitment of Primary Care Teams to Terminally Ill Patients in Their Homes. <i>Aten Primaria.</i> 2006;38:316-324²⁵</p> <p>- Picaza JA, Serra-Prat M, Gallo P. El consumo de recursos de los enfermos oncológicos durante el último mes de vida: el papel de los PADES. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2000²⁶.</p>

Finalmente se identificaron siete modelos organizativos para la atención a los pacientes en situación terminal, son los siguientes:

Equipos de Atención Primaria con Cuidados Paliativos

- Son cuidados en el domicilio ofertados por el EAP (equipo de atención primaria).
- Proporcionan soporte emocional, información y comunicación al paciente y cuidadores.
- Llevan a cabo una valoración y abordaje continuado del dolor que incluye tanto medidas farmacológicas como medidas encaminadas a aumentar el confort, la relajación, la seguridad y la información a los cuidadores.
- Valoración y control de los síntomas más frecuentes. Incluye medidas farmacológicas y medidas encaminadas a aumentar el bienestar y seguridad del paciente así como la información a los cuidadores.
- Alivio de los síntomas y del sufrimiento.
- Prevención, información y abordaje de situaciones de urgencia o crisis.
- Prevención y abordaje de claudicación emocional de la familia.
- Atención al proceso de agonía y muerte.
- Atención al duelo. Prevención del duelo patológico.

Equipos de Soporte Hospitalario (ESH)

- Son dispositivos específicos para prestar cuidados paliativos que trabajan de forma coordinada con los diferentes niveles asistenciales, y que desempeñan sus funciones tanto fuera como dentro del ámbito hospitalario.
- Pueden ser equipos básicos, si la composición es mínima -médicos y enfermeras- o completos, si además integran psicólogos, trabajadores sociales u otros.

- Constituyen un elemento o unidad de apoyo a los profesionales que trabajan en los Equipos de Atención Primaria o a los profesionales que trabajan en las Unidades Clínico- asistenciales de Atención Especializada.
- Mantienen la coordinación entre Atención Primaria y Especializada y con los recursos sociales. Para ello, desarrollan sus actividades en coordinación con los servicios asistenciales del centro y con las unidades domiciliarias, facilitando la gestión y el acceso rápido a pruebas diagnósticas, terapias y, en caso necesario, el ingreso hospitalario del paciente.
- Proporcionan continuidad asistencial de los pacientes oncológicos avanzados desde su inclusión en el proceso hasta el desenlace final de los mismos.
- Dan medicación, prótesis y apoyo en la Consulta Externa del Equipo a los pacientes y a sus familiares, con revisiones periódicas programadas.
- Proporcionan soporte telefónico las 24 horas todos los días y ofrecen seguimiento telefónico más estrecho para las situaciones más críticas.
- Deben aumentar los conocimientos científicos en cuidados paliativos de otros profesionales sanitarios.
- Realizan interconsultas y pueden disponer de consultas externas.
- Disponen de camas específicas de paliativos, que deben permitir una hospitalización con las adecuadas garantías de intimidad, confort del paciente y presencia permanente de la familia.

Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

- Se concibe como un equipo multidisciplinar, cuya misión básica es colaborar con los equipos de atención primaria (EAP) en la atención a los pacientes terminales, inmovilizados complejos o que presenten limitación funcional.
- Estos equipos están adscritos a las Gerencias de Atención Primaria y están integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos, tienen la colaboración de psicólogos y trabajadores sociales.
- Facilitan la coordinación con los recursos de atención especializada y con los sociosanitarios.
- Constituyen una unidad de apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales.
- Participan en la intervención asistencial directa en pacientes cuando así lo requiera el equipo de atención primaria responsable de la atención al paciente.
- Promueven y facilitan la coordinación entre el hospital de referencia y atención primaria.
- Proporcionan información y educación sanitaria de los pacientes así

como de cuidadores y familiares para mejorar la adaptación a la situación, prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado.

- Participan en programas de formación específica.
- Desarrollan líneas de investigación en cuidados paliativos.
- Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- Están constituidas por un equipo multidisciplinar, integrado por un médico, un psicólogo, un trabajador social y voluntarios.
- Actúan en coordinación con los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y con los Equipos de Atención Primaria en la prestación de los cuidados paliativos, en las áreas en las que existan.
- La coordinación con las unidades y equipos especializados así como con los recursos específicos hospitalarios de cuidados paliativos del área, se realiza a través del Responsable de Cuidados Paliativos de Atención Primaria.
- Atienden a pacientes con cáncer en situación terminal, realizando una valoración conjunta con el equipo de atención primaria, y a petición de éste, de los pacientes susceptibles de atención.
- Apoyan y asesoran a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales.
- Realizan una intervención asistencial directa en pacientes cuando así lo requiera el equipo de atención primaria responsable de la atención al paciente.
- Llevan a cabo funciones de información y educación sanitaria de los pacientes así como de cuidadores y familiares para mejorar la adaptación a la situación y prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado.
- Participan en programas de formación específica.
- Desarrollan líneas de investigación en cuidados paliativos.

Unidades de Cuidados Paliativos de agudos

- Constituyen el elemento o unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y de la morbi-mortalidad de las mismas.
- Son una unidad hospitalaria destinada a prestar atención sanitaria a pacientes de máxima complejidad.
- Se sitúan en un hospital de referencia, ya que deben disponer de los servicios necesarios para atender a este tipo de pacientes.
- Disponen de camas específicas para la atención a este tipo de pacientes, con las necesarias garantías de confort e intimidad y, en su caso, facilitan la presencia permanente de la familia.

- La estancia media en la Unidad es de 15 días, no superando los 18.
- Puede disponer de consultas externas y hospital de día.
- Atienden de forma directa a enfermos agudos de alta/ máxima complejidad.
- Realizan interconsultas.
- Están coordinadas con los servicios hospitalarios y con otros niveles asistenciales.

Unidades de Cuidados Paliativos de media y larga estancia

- Constituyen el elemento o unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y del patrón de morbi-mortalidad de las mismas.
- Están destinadas a prestar cuidados paliativos a pacientes con enfermedad terminal de complejidad baja o media o cuando las circunstancias del entorno familiar imposibilitan su atención domiciliaria.
- Están ubicadas en hospitales de media y larga estancia y en centros residenciales.
- Disponen de camas específicas para la atención a este tipo de pacientes, con las necesarias garantías de confort e intimidad y, en su caso, facilitan la presencia permanente de la familia.
- La estancia media en la unidad es superior a 18-20 días.
- No tienen consultas externas.
- Desarrollan actividades de formación e información del paciente y de sus familiares.
- Previenen la claudicación y el duelo complicado para los cuidadores y familiares.
- Participan en programas de formación específica.
- Desarrollan líneas de investigación en cuidados paliativos.

Servicios de especialidades de los hospitales de agudos.

- Suponen la participación activa de las diferentes unidades médico-quirúrgicas, que forman parte de todo el dispositivo sanitario, para lograr una continuidad en los cuidados y actuaciones de tipo integral en el cuidado de estos pacientes.

Evidencia de la literatura en términos de ahorro de recursos en la asistencia al paciente terminal.

En cuanto a la evidencia disponible sobre el ahorro de recursos en la asistencia al paciente terminal se encontraron seis trabajos. La mayoría de los estudios incluidos fueron ensayos aleatorios u observacionales con grupo de comparación. Dada la variabilidad de los distintos equipos de soporte, los criterios de inclusión fueron amplios.

Zimmer²⁷ y Serra-Prat⁸ describen prioritariamente equipos de soporte domiciliario, mientras que Axelsson²⁸ detalla un equipo de soporte formado por personal especialista y de enfermería que dependían del hospital y que tenían una labor especialmente de coordinación y provisión de los cuidados. Los tres estudios restantes tenían como referencia el hospital, dos como unidades hospitalarias de cuidados paliativos, y el tercero como un equipo de soporte hospitalario (Tabla 3).

El estudio descriptivo realizado en el hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada se incluyó tanto por tratarse de un análisis de ámbito local, lo cual nos permitía conocer de modo directo el funcionamiento y la realidad de una unidad de soporte hospitalario, como por ser una unidad de soporte muy parecida a la intervención que se quería comparar.

La mayoría de los estudios recogen tiempos de seguimiento de al menos seis meses.

Las medidas de resultado se dividen en dos grandes grupos, hospitalarias y domiciliarias. Las medidas de resultados hospitalarias fueron principalmente días de estancia (hospitalaria, en unidades de agudos o en hospitales de última estancia), número de visitas (al especialista y a urgencias) y los transportes en ambulancia. No obstante, la mayoría de los estudios han recogido la estancia hospitalaria como principal medida de efectividad. Así, encontramos que pese a que los modelos de provisión de la asistencia son muy variados todos reflejan una reducción en el número de días de hospitalización cuando existe un modelo organizado de cuidados, oscilando el número de días entre 6 y 10, con un promedio general de reducción de 8 días. Sólo dos estudios recogen información sobre las visitas a urgencias y con resultados incoherentes entre sí, mientras que uno de ellos estimaba una reducción en el número de urgencias cuando los cuidados están organizados, el otro estimaba un aumento.

En cuanto a la información referente a los cuidados domiciliarios destacar que está poco contrastada. Sólo dos estudios ofrecían datos al respecto, señalando un aumento en las visitas domiciliarias del médico de atención primaria cuando existe un equipo de soporte.

Tabla 3. Principales características de los estudios incluidos en el trabajo.

Estudio	Intervenciones	Lugar	Diseño	Pacientes	Medidas de Resultado	Seguimiento
ZIMMER 1985 ²⁷	Equipo de soporte domiciliario: médico especialista, enfermera y trabajador social visitas paciente en casa + 24h localizados teléfono + coordinación con hospitales Control: cuidados habituales (no se especifican con detalle)	USA. Sistema con pago por servicios	Ensayo asignación aleatoria individual N= 81 N= 75	Cáncer, ACV o artritis. Edad media 75 22% enfermos terminales (esperanza de vida <3 meses) 18% enfermos terminales	Estancia hospitalaria y de cuidados especiales, visitas, etc. Hospital, cuidados domiciliarios y visitas de enfermería a domicilio	1 y 6 meses 1 y 6 meses
AXELSSON 1998 ²⁸	Cuidados paliativos convencionales Control: cuidados habituales (no se especifican con detalle)	Suecia, hospitales zonas rurales	Casos y controles N=41 N= 41	Oncológicos terminales con esperanza de vida 1-2 años. Edad > 57	Días de hospitalización, visitas del médico o enfermera a domicilio	6 meses 6 meses
JORDHOY 2000	Intervención en cuidados paliativos: unidad hospitalaria, equipo de soporte (dentro y fuera hospital) Control: Cuidados paliativos convencionales	Noruega. Cuidados hospitalarios y comunitarios	Ensayo aleatorio. Cluster de los 8 distritos que participan N= 235 N= 199 (Control)	Enfermos terminales con esperanza de vida 2-9 meses. Edad >18 años	Lugar del fallecimiento (hospital/casa), días ingresado en el último mes, calidad de vida.	2 años
SERRA-PRAT ⁹ 2001	Equipo de soporte domiciliario PADES Cuidados paliativos convencionales	Cataluña. Cuidados domiciliarios	N= 44 N= 111 (Control)	Enfermos oncológicos terminales	Días de estancias hospitalarias, Número de visitas a urgencias, etc. Estancias hospitalarias, visitas a urgencias, etc.	1 mes 1 mes
GOMEZ ⁷ 2006	Cuidados paliativos hospitalarios	Multicéntrico	Observacional			4 meses
GRANADA 2007	Equipo de soporte hospitalario		Estudio descriptivo			6 meses

Tabla 4. Resultados aportados por los estudios incluidos en el trabajo.

	Zimmer ²⁷				Axelsson ²⁸		Serra-Prat ⁸		Jorhoy ²⁹		Gómez-Batiste ⁷		Equipo de Granada
	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	1992	2001	
Utilización de los Cuidados Médicos													
N	81	75	81	75	41	41	44	111	44	111			
Cuidados Hospitalarios													
Días de hospitalización	2,04	3,29	12,24	19,74	16,6	26,2	1,32	8,65	1,32	8,65	25,5	19,5	ND
Días en Hospitales de última estancia	0,55	1,32	3,3	7,92	2,0	3,0	42	270	42	270	0	19,2	9,56
Visitas al especialista	0,16	0,7	0,96	4,2			16	97	16	97	0	10,7	
Visitas a urgencias	0,26	0,05	1,56	0,3			7	87	7	87			
Transportes en ambulancia	0,12	0,17	0,72	1,02									
Cuidados en Domicilio											0,8	7	
Nº visitas del equipo de soporte a domicilio					16,5	0	410	0			0,8	3,9	
Visitas del médico de AP a domicilio	1,1	0,14	6,6	0,84			0						
Horas de visitas del médico en domicilio					2,25	4,5			0	0			
Visitas enfermera AP a domicilio	2,29	2,13	13,74	12,78									
Horas visitas enfermera domicilio									0	0			
Visitas de trabajador social	0,16	0,04	0,96	0,24					0				
Horas de especialista (soporte) de paliativos	13,89	7,15	83,34	42,9									
Horas de auxiliar de enfermería	65,66	42,64	393,96	255,84									

Modelo para la estimación de recursos y costes ahorrados

Los valores suministrados por la unidad de Granada se refieren a la estancia hospitalaria. Desde que empezase a funcionar en enero de 1997, el promedio de días de estancia que presentaban los pacientes fue de 9,56 días (Tabla 5). Este valor se ha usado como referencia. Si tomamos como comparador los datos publicados por el estudio de Gómez-Batiste para el año 1992, cuando los cuidados paliativos aún no estaban muy desarrollados, el número de días de estancia que se ahorraban era de 15,44, y un total de 7.652 euros por día de ingreso; si por el contrario utilizamos el valor publicado por ese mismo autor para el año 2001, las diferencias se reducen a 9,64 días y el coste ahorrado sería de 4.777 euros al día. En la tabla 5 se muestran los dos escenarios, ambos con un ahorro de estancias al utilizar equipos de soporte hospitalario.

Tabla 5. Referencias en ahorro de costes del equipo de soporte.

	ESTANCIA HOSPITALARIA (días)		ESTANCIAS EVITADAS	COSTE POR ESTANCIA HOSPITALARIA (Euros del año 2005)	DISMINUCIÓN DE COSTES (Euros)
	Unidad con Equipo de Soporte	Unidad Tradicional			
Escenario sin desarrollo de los cuidados paliativos (1992)	9,58	25*	15,44	495,59*	7.652
UFCP ^a Escenario con desarrollo de los cuidados paliativos (2001)	9,58	19,2*	9,64	495,59*	4.777

* Datos del estudio de Gómez-Batiste para la estancia hospitalaria en el año 1992; ^aDatos del estudio de Gómez-Batiste para la estancia hospitalaria en el año 2001; *Datos del BOJA 2005.

Tras la revisión de las historias clínicas y la base de datos de la unidad se encontró que fueron 17 los pacientes del programa que fallecieron en el último mes. Tras consultar su evolución en los 6 meses previos al exitus, para las variables recogidas en la tabla 6, encontramos que el promedio de valores estaba en consonancia con los datos que nos habían aportado. Por un lado se constata una importante reducción de la estancia hospitalaria y un aumento de los fallecimientos en domicilios. Por otro lado la continuidad asistencial se manifiesta por el elevado número de llamadas recogidas por el equipo durante las guardias localizadas (promedio de 3,7 llamadas por paciente).

Tabla 6. Resumen de las variables recogidas de las 17 historias consultadas (promedio de días).

RECURSO	Promedio
Días Hospital de Agudos	0,294
Días Hospital S Juan Dios	2,235
Nº visitas al equipo soporte	1,941
Nº guardias localizadas(teléfono 24 horas)	3,706
Visitas a urgencias	0,471
Actuaciones del DCCU	0,176
% de pacientes fallecidos en los domicilios	70%
% de pacientes fallecidos en el hospital	30%

Discusión

Tras haber revisado la literatura sobre los diferentes modelos de organización de los cuidados paliativos, resaltamos en primer lugar que existe una gran variabilidad en la provisión de la asistencia para estos pacientes. Esta heterogeneidad en los cuidados se refleja en las diferencias encontradas en los distintos planes regionales de cuidados paliativos^{2-4,21-24}. Por otro lado, ya en 1990 la OMS²¹ resaltó la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que por ello la calidad de los cuidados se vea disminuida. Así, pese a que los modelos son diferentes la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, predominantemente en sus domicilios. Por ello, se han seleccionado artículos que describían modelos con diferencias en los cuidados.

La hospitalización domiciliaria es una prioridad en los enfermos terminales. La utilización de recursos de cuidados paliativos es mayoritaria en las personas mayores (que son las que en proporción más mueren respecto del total de la población). Teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población, la demanda de cuidados y el consumo de recursos podrían crear graves problemas de funcionamiento al sistema³⁰. Por la necesidad de adaptar los servicios existentes o buscar nuevas alternativas, surgen diferentes modelos en la organización de los cuidados paliativos. En este contexto tenemos dos opciones, crear unidades nuevas que apoyen a los servicios existentes, con la consiguiente posibilidad de duplicidad de recursos, o bien organizar y coordinar los recursos existentes³¹.

Este informe presenta unas limitaciones que deben tenerse en cuenta para la interpretación de los resultados. Así, la heterogeneidad organizativa de los equipos de cuidados paliativos es aplicable no sólo a España, sino al resto de países. Este hecho dificulta la posibilidad de encontrar en la literatura equipos con funciones y estructuras similares y cuyos resultados puedan compararse entre sí. El modelo organizativo de cuidados paliativos en Granada ha sido seleccionado tanto por su accesibilidad como por sus resultados óptimos de eficacia y eficiencia³², pero existen dificultades para extrapolar sus resultados a otras provincias donde la organización de los cuidados paliativos sea diferente.

Al haber utilizado un abordaje retrospectivo del trabajo, las variables analizadas son las que estaban registradas en la base de datos y en la historia clínica del paciente, no pudiendo considerar los costes asociados al consumo de otros recursos (visitas al especialista, visitas a urgencias, visitas del médico de familia al domicilio etc).

Por otro lado, el equipo de soporte del Hospital Virgen de la Nieves es un centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud con una misión coordinadora con la atención primaria en salud, los servicios hospitalarios (oncología, medici-

na interna, unidad del dolor), los servicios de urgencia (DCCU y 061) y los familiares de los pacientes.

Cabe destacar que es bien conocido que las muertes más costosas son aquellas que se producen en el hospital por ancianos entre 65/79 años, y que además el gasto sanitario se concentra en las últimas semanas de vida³⁰. Si se prioriza la atención integral del paciente paliativo en domicilio con unos cuidados coordinados y organizados se unifican dos fortalezas, el confort del paciente en el domicilio y el ahorro de costes asociados al proceso de hospitalización.

Otra limitación a la hora de generalizar los resultados es la ausencia de estándares para la estancia hospitalaria de los pacientes terminales. Así, con la aproximación al ahorro de costes hospitalarios realizado con los datos publicados en la literatura^{7,8}, se obtuvo un ahorro de costes con el establecimiento del modelo de soporte hospitalario frente a la ausencia del mismo. Este aspecto tiene especial relevancia ya que para muchos pacientes el medio ideal para vivir la última etapa de la vida es su domicilio, además, la familia es un elemento activo en el proceso terapéutico y constituye un pilar fundamental en la provisión de cuidados domiciliarios a estos pacientes.

Conclusiones

- Existe una gran variabilidad en la provisión de la asistencia de cuidados paliativos para los pacientes en situación terminal.
- Pese a que los modelos son diferentes la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, favoreciendo la atención en sus domicilios.
- No se han localizado suficientes datos para poder realizar una comparación directa entre los diferentes modelos de organización. Se ha recurrido a una comparación indirecta.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer. Serie de informes técnicos: 804. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990.
2. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.
3. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
5. Flores L, Centeno C, Hernansanz S, Rubiales A, López F. Spain: palliative care programs in Spain, 2000: a national survey. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:245-51.
6. Aldasoro E, Pérez A, Olaizola MT. La asistencia a pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática de la literatura, y estudio en el medio hospitalario del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad 2003.
7. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, Porta-Sales J, Amor M, Espinosa J et al. Resource Consumption and Cost of Palliative Care Services in Spain: A Multicenter Prospective Study. *J Pain Symptom Manage* 2006;6:522-531.
8. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliative Medicine* 2001;15:271-278
9. Orden 14 octubre de 2005. BOJA número 210:46-83
10. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) [en línea, consultada el 11 de febrero de 2007]. Disponible: <http://www.secpal.com>
11. Sociedad Española del Dolor. [en línea, consultada el 13 de febrero de 2007]. Disponible: <http://www.sedolor.es>
12. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos [en línea, consultada el 12 de febrero de 2007]. Disponible: <http://www.sovpal.org/guia.asp>
13. Forumgeriatrics.org. [en línea, consultada el 13 de febrero de 2007]. Disponible en <http://www.forumgeriatrics.org>

14. Mutua de Previsión Social (MUTUAM). Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte. [en línea, consultada el 12 de febrero de 2007]. Disponible en www.mutuam.com/cas/pades.asp
15. Atención Primaria en la Red (Fisterra). [en línea, consultada el 12 de Febrero de 2007]. . La Coruña: 1990. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
16. Asociación Española contra el Cáncer. [en línea, consultada el 12 de febrero de 2007]. Disponible en: [www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/ Cuidados+paliativos/](http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Cuidados+paliativos/)
17. Estrategias de Mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluza de Salud (SAS). Sevilla: SAS, 2002
18. Programa Marco de Cuidados Paliativos. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud. Mérida: Servicio Extremeño de Salud, 2002
19. Plan de Cuidados Paliativos. Atención a pacientes en la fase final de la vida. CAPV, 2006-2009. Vitoria: Departamento de Sanidad – Osakidetza, 2006
20. Proceso Asistencial de cuidados paliativos en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud. 2002.
21. Benítez MA et al. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Aten Primaria. 2001;27:123-126.
22. Martín JM, Trias M, Gascón J. Cuidados Paliativos. An Pediatr (Barc) 2005;62:479-88.
23. Sabartés O, González P, Ortega C, Serra MA. Evolución de un equipo de soporte de geriatría y cuidados paliativos en un hospital de agudos. Rev Mult Gerontol 2003; 13:83-88.
24. Flores LA, Centeno C, Hernansanz S, Rubiales AS, López-Lara F. Spain: palliative care programs in Spain, 2000: a national survey. J Pain Symptom Manage. 2002; 24:245-51
25. Rocafort JI, Herrera E, Fernández F, Grajera ME, Redondo MJ, Díaz F. et al. Palliative Care Support Teams and the Commitment of Primary Care Teams to Terminally Ill Patients in Their Homes. Aten Primaria. 2006;38:316-324
26. Picaza JA, Serra-Prat M, Gallo P. El consumo de recursos de los enfermos oncológicos durante el último mes de vida: el papel de los PADES. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2000.

27. Zimmer J, Groth-Juncker A, McCusker J A Randomized Controlled Study of a Home Health Care Team. *Am J Public Health.* 1985; 75: 134-141
28. Axelsson B, Christensen SB. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliative Medicine.* 1998;12:41-49
29. Jordhoy M, Fayers P, Saltanes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet.* 2000;356:888-93
30. Tortosa Chuliá MA. La reorientación de los cuidados a enfermos terminales: una perspectiva económica. *Rev Mult Gerontol* 1999; 9: 161-168.
31. Babarro A. ¿Deben contar los programas de cuidados paliativos con equipos de soporte en atención primaria? *Aten Primaria* 2006; 38 (6): 316-324.
32. Romero Coteló J, Gálvez Mateos R, Ruiz Ortiz S, Cepa Nogué R. Mejora de la calidad en el proceso asistencial de cuidados paliativos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos. (Servicio de Anestesia).

ISBN 978-84-96990-33-3



9 788496 990333

Precio 6€



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

www.msc.es