

MUERTE EN EL HOSPITAL: EVALUACIÓN ECONÓMICA Y CALIDAD PERCIBIDA CUANDO INTERVIENE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

DEATH IN THE HOSPITAL: ECONOMIC EVALUATION AND PERCEIVED QUALITY WHEN A PALLIATIVE CARE TEAM IS INVOLVED

María Herrera Abián^{1,2}; Cristóbal Suárez Rueda³; Leopoldo Bárcena Goitiandia¹; Cristina Antón Rodríguez²; Ángel Jiménez Rodríguez¹

1. Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro (Madrid).

2. Universidad Francisco de Vitoria (Madrid).

3. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla CSVE.

Palabras clave:

Cuidados Paliativos;
Costes;
Cuidadores;
Muerte.

Keywords:

Palliative Care;
Cost;
Caregives;
Death.

Resumen

Introducción: El proceso de morir ha cambiado a lo largo de la historia según la cultura y las circunstancias sociales. Hoy, la mayoría de los fallecimientos ocurren en hospitales, lo que incrementa el gasto sanitario sin necesariamente mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares. Los equipos de cuidados paliativos reducen costes al facilitar el final de vida en domicilios o centros de apoyo, aunque el entorno hospitalario ha sido menos estudiado.

Objetivos: Evaluar la influencia de una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en el último ingreso hospitalario, analizando tanto los costes de recursos utilizados como la satisfacción con la atención recibida.

Método: Se realizó una investigación mixta con diseño explicativo secuencial. Primero, un estudio cuantitativo comparativo observó la adecuación terapéutica y el ahorro de costes en pacientes atendidos por UCP frente a otros servicios (NO-UCP) durante su último ingreso (2016-2018). Se analizaron datos sobre pruebas diagnósticas, intervenciones y fármacos, comparando grupos mediante la prueba de Fisher. Luego, un estudio cualitativo descriptivo analizó entrevistas a cuidadores de pacientes fallecidos para valorar la práctica médica de la UCP.

Resultados: El análisis bivariante mostró que ambos grupos de pacientes eran comparables. Los pacientes UCP consumieron significativamente menos recursos: pruebas, intervenciones y fármacos. El gasto total por paciente se redujo en un 50%, pasando de 525 a 262 euros, con ahorros estadísticamente significativos en todos los aspectos. Además, el análisis temático mostró una clara satisfacción en los familiares de pacientes UCP, quienes valoraron el control de síntomas, la información recibida y el apoyo emocional. En contraste, el grupo NO-UCP mostró menor satisfacción.

Conclusiones: La UCP es más eficiente en la atención de pacientes en el final de vida, con costes significativamente menores y mayores niveles de satisfacción familiar, especialmente en el control de síntomas y el apoyo durante el proceso de despedida.

Abstract

Introduction: The process of dying has evolved over time due cultural factors, including changes in the place of death and the role of physicians. Although hospitals may not be the ideal setting for end-of-life care, they are now the most frequent location, leading to increased healthcare costs without necessarily improving quality of life for patients and their loved ones. Palliative care teams help reduce healthcare costs by facilitating end-of-life care in non-hospital environments. However, few studies have examined inpatient palliative care costs.

Objectives: This study aims to analyze the impact of a palliative care unit (PCU) on inpatient care, focusing on cost reduction and care satisfaction. The hypotheses are:

- PCUs reduce interventions, lowering care costs.
- PCUs improve care by enhancing communication, providing emotional support, and facilitating farewells.

Methods: A mixed-methods study was conducted in a tertiary hospital, comparing PCU and non-PCU care for dying patients.

Autor para la correspondencia

María Herrera Abián

Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro (Madrid)

Avda. Reyes Católicos ,21 · 28342 Valdemoro, Madrid

Tlf.: +34 655 104 947 | E-Mail: maría.herrera@quironosalud.es

1. A quantitative retrospective case-control study (2016-2018) evaluated therapeutic appropriateness and cost-efficiency for patients with advanced disease and high mortality risk. Data included medication, diagnostic tests, analyzed using Fisher's exact test.
2. A qualitative descriptive case series followed, analyzing interviews with carers of deceased patients. Thematic analysis assessed good practices in PCU care.

Results: The bivariate analysis showed that both patient groups were comparable. PCU patients consumed significantly fewer resources, including tests, interventions, and medications. The total cost per patient was reduced by 50%, from 525 to 262 euros, with statistically significant savings in all aspects. Additionally, the thematic analysis revealed clear satisfaction among the relatives of PCU patients, who appreciated symptom control, the information received, and emotional support. In contrast, the non-PCU group reported lower satisfaction.

Conclusions: PCUs provide more efficient care for advanced disease patients at the end of life, with significantly lower costs and greater family satisfaction, particularly in communication and support.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales, el mayor porcentaje del gasto en salud corresponde a la etapa terminal de la vida (1,2,3); esta situación, sumada al envejecimiento de la población en esta parte del mundo, ha generado un rápido crecimiento del gasto sanitario en los últimos años (1, 4).

Hay estudios que demuestran que la atención de pacientes con enfermedad avanzada equipos de cuidados paliativos (CP) disminuye el coste de la atención, sin disminuir la calidad en su atención lo que hace que sean coste eficiente en comparación con otros servicios (5,6).

A pesar de que la atención por parte de los equipos de CP haya mostrado esta eficiencia, todavía existe un desarrollo deficiente de los CP (7): anualmente, entre 27 y 40 millones de personas no acceden a CP, ocurriendo de forma desigual según los países (8, 9, 10) y aunque es evidente el crecimiento sostenido de los CP, en muchos lugares se ha ralentizado en la última década (9, 11, 12).

El sistema sanitario público español ha experimentado un incremento sostenido en su presupuesto con el aumento de atenciones en urgencias y el mayor número de ingresos no planificados en las últimas semanas de vida (13), aunque en nuestro país solo existe cobertura paliativa para el 50% de la población (14).

En la mayor parte de los estudios sobre análisis de coste eficiencia de CP, su objetivo se ha centrado en medir su impacto sobre el número de hospitalizaciones, el tiempo de estancia hospitalaria, estancia en UCI, visitas a las urgencias, y el número de reingresos a los 30 días del alta (15); no en la actividad dentro del hospital.

Por todo esto y dado que el 75 % de las muertes actualmente ocurre en los hospitales (16)

queríamos comprobar qué ocurre cuando en un hospital terciario interviene un equipo de cuidados paliativos en pacientes en final vida, comparando con lo que ocurre con pacientes en la misma situación de terminalidad pero sin acceso a un paliativista. No evitando el ingreso como en otros estudios, sino interviniendo en el mismo ingreso del fallecimiento en pacientes con mismo riesgo de mortalidad al ingreso.

La especial aportación de esta investigación radica es comparar grupos de pacientes con el mismo grado de severidad y riesgo de mortalidad atendidos durante su último ingreso hospitalario: demostrar ahorro de costes por los paliativistas en mismo medio hospitalario y mostrar que el ahorro de gasto no implica menor calidad si no todo lo contrario.

Como objetivo proponemos un análisis coste eficiencia de la atención al final de la vida durante su último ingreso, comparando el coste de las pruebas, intervenciones y tratamientos administrados, con relación a si los pacientes son atendidos por la UCP o por otra unidad. Además, valoramos si esta asistencia es mejor percibida por las familias cuidadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación mixta secuencial.

Estudio cuantitativo:

Estudio observacional retrospectivo comparativo entre los pacientes fallecidos por enfermedad avanzada y son atendidos por CP en el periodo de tres años (enero 2016 - diciembre 2018) en el Hospital Universitario Infanta de Valdemoro, Madrid.

Para asegurar que los atendidos por la UCP y otros servicios eran homogéneos, se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión:

1. Necesidades paliativas: criterios NECPAL de inclusión en programa de CP (17). Consistente en respuesta negativa a la pregunta: “¿Le sorprendería que su paciente falleciera en los próximos 12 meses?”
2. Mismo Severity of Illness Index (SOI) como criterio de gravedad, y el Risk of Mortality (MOR) como criterio de mortalidad. Según estos índices se entiende por riesgo de mortalidad la probabilidad de morir por el diagnóstico que ha motivado el ingreso, valorado en una escala del 1 al 4 donde 1 es menor riesgo, 2 moderado, 3 mayor y 4 extremo (18,19,20). Se incluyeron los pacientes con riesgo de gravedad y mortalidad (MOR & SOI) superior a 2.

Gracias a estos indicadores se consigue hacer grupos totalmente homogéneos en cuanto a gravedad independientemente del motivo de ingreso y del servicio al que perteneces. Por esto los grupos son comparables en todos los ámbitos.

Criterios de exclusión: <18 años, fallecidos en accidentes, o ingresos en situación de pre-éxito.

Finalmente se segmentó la base de datos por agrupaciones según fallecimiento siguiendo el Grupo Relacionado Diagnóstico (GRD) (21).

Los costes unitarios por prueba diagnóstica y transfusión utilizados son los referidos en la Orden 727/2017, de 7 de agosto, del consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid, actualizados al 2020. Los costes de fármacos son extraídos de la farmacia hospitalaria.

Estudio Cualitativo:

Realizamos un estudio de casos cualitativo comparando cómo era la percepción cuando intervenía CP. Los métodos cualitativos son útiles para investigar las creencias, valores y motivaciones detrás de las opciones de salud individuales (22).

Se realizó un muestreo intencional buscando los cuidadores principales de los pacientes fallecidos, siendo el criterio de inclusión haber acompañado durante más de 50 horas semanales al paciente durante su último ingreso. Para determinar el número de participantes se utilizó el criterio de redundancia o saturación de la información (23) en el que la inclusión de más participantes o las fases de recopilación de datos no proporcionarían más información pertinente al estudio. En la presente tesis este criterio se alcanzó en el participante número diez de cada grupo. Por consenso entre investigadores, se siguió recogiendo datos y se completó hasta doce en cada grupo de participantes, para confirmar la información obtenida.

Los tres investigadores expertos en estadística cualitativa realizaron una codificación y análisis de códigos y categorías.

Para la recogida se utilizaron entrevistas semiestructuradas con una guía de preguntas abiertas sobre medicación, control de síntomas, manejo de la información, oportunidad de despedirse y apoyo emocional. Se construyó basándose en estudios previos realizados por Fernández Isla et al (24), Hernández Bello et al. y Molina Linde et al (25).

Las entrevistas fueron por teléfono por la situación de pandemia COVID-19. Tras previo consentimiento todas las entrevistas fueron grabadas (en audio) y posteriormente transcritas a texto sin inteligencia artificial.

Se hizo primero un análisis temático inductivo de los datos, donde se identificó el contenido más descriptivo para obtener códigos (unidades de significado) y elaborar así la codificación. Posteriormente, las unidades de significado se agruparon en grupos de significado comunes para definir los temas principales. El resultado final fue la identificación de temas emergentes de los datos.

Consideraciones éticas:

Se solicitó y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Los participantes reclutados en la presente tesis dieron su consentimiento a través del Portal del Paciente para su participación voluntaria.

La información difundida y obtenida se trató en todo momento de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Este trabajo es fruto de mi tesis doctoral titulada: Morir en el hospital. Estudio comparativo cuando interviene un equipo de Cuidados Paliativos.

Leída en la Universidad Francisco de Vitoria el 18 de marzo de 2024.

RESULTADOS

Estudio Cuantitativo:

De los 1833 fallecidos en Hospital Universitario Infanta Elena entre enero de 2016 y diciembre de 2018, 1591 cumplían criterios de inclusión.

El análisis bivariante para determinar la homogeneidad de los grupos no mostró diferencias por índice de gravedad ni por riesgo de mortalidad entre los grupos MOR y SOI, esto se objetiva en tabla 1 junto con las características demográficas.

Tabla 1. Características de la población de estudio y distribución de esta en función de si fueron o no atendidos o en UCP

	TOTAL	UCP	NO-UCP	SIGNIFICACIÓN
N	1370	442 (32,3%)	928 (67,7%)	
EDAD	85 (3)	83 (16)	86 (11)	p<0,001
SEXO:				
Hombre	666 (48,6%)	230 (52,0%)	436 (47,0%)	p= 0,080
Mujer	705 (51,4%)	212 (48,0%)	593 (53,0%)	
AÑO DE FALLECIMIENTO				
2016	430 (31,4%)	145 (32,8%)	285 (30,7%)	p=0,086
2017	473 (34,5%)	164 (37,1%)	308 (33,2%)	
2018	468 (34,1%)	133 (30,1%)	335 (36,1%)	
ÍNDICE DE GRAVEDAD				
2	59 (4,3%)	14 (3,2%)	45 (4,8%)	p=0,307
3	684 (49,9%)	228 (51,6%)	456 (49,1%)	
4	628 (45,8%)	200 (45,2%)	427 (46,0%)	
RIESGO DE MORTALIDAD				
3	639 (46,6%)	212 (48,0%)	427 (46,0%)	p=0,499
4	731 (53,4%)	230 (52,0%)	501 (54,0%)	
DIAGNÓSTICO (GRD ÉXITUS)				
Oncológico	177 (12,9%)	130 (29,4%)	47 (5,1%)	P <0,001
Sepsis	470 (34,3%)	166 (37,6%)	304 (32,7%)	p=0,078
Respiratorio	357 (26,0%)	76 (17,2%)	281 (30,2%)	p=<0,001
Cardiovascular	153 (11,2%)	38 (8,6%)	115 (12,4%)	p=0,038
Otros cardiológicos	67 (4,9%)	14 (3,2%)	53 (5,7%)	p=0,042
Insuficiencia hepática o renal	47 (3,4%)	7 (1,6%)	40 (4,3%)	p=0,010
Digestivo no oncológico	48 (3,5%)	5 (1,1%)	42 (4,5%)	p=0,001
Otros	52 (3,8%)	6 (1,4%)	46 (5,0%)	p=0,001
ESTANCIA HOSPITALARIA (DÍAS)	5 (7)	4 (5)	6 (7)	p<0,001

La tabla 2 muestra un menor consumo estadísticamente significativo en recursos empleados cuando fueron atendidos por la UCP. La proporción de pacientes en los que se realizan cirugías, pruebas diagnósticas, analíticas, así como fármacos, siempre es inferior y estadísticamente significativa cuando son atendidos por UCP. La disminución de consumo de fármacos se observa tanto en la última semana como el último día.

En la tabla 3 vemos el análisis de costes por intervenciones, consumo de fármacos, y coste ajustado por día, siendo menores pacientes atendidos por UCP. La diferencia de gasto por paciente durante el ingreso es considerable, de 265,89 a 532,19 € (un 50% menor). Hipotéticamente se podría inferir que si todos hubieran sido tratados por unidades con los mismos criterios que la UCP el ahorro total hubiera sido de 364.890,30 euros.

Tabla 2. Consumo de recursos en la última semana de vida en función de si fueron o no atendidos o en UCP.

	UCP	No-UCP	Significación
	Me (IQR)	Me (IQR)	
N	442 (32,3%)	928 (67,7%)	
Estancia hospitalaria (días)	4 (5)	6 (7)	p<0,001
Número Analíticas	2 (3)	4 (4)	p<0,001
Tomografía Freq (%)	63 (14,3%)	241 (26,0%)	p<0,001
Radiografía Freq (%)	305 (69,0%)	785 (82,9%)	p<0,001
Nutrición Freq (%)	69 (15,6%)	195 (21,0%)	p=0,018
Cirugías Freq (%)	4 (0,9%)	46 (5,0%)	p<0,001
Transfusiones Freq (%)	47 (5,0%)	14 (3,2%)	p=0,235
Fármacos última semana	18 (11)	20 (12)	P<0,001
Fármacos último día	14 (8)	17 (9)	P<0,001

Tabla 3. Evaluación del coste de morir en el hospital y comparación de estos entre pacientes UCP vs No-UCP.

	UCP		NO UCP		Diferencia	
	Mediana	Amplitud Intercuartil	Mediana	Amplitud Intercuartil		
Costes por paciente (€)						
Coste Otras Intervenciones	152,00 €	226,50 €	246,00 €	380,00 €	94,00 €	p<0,001
Coste Tratamiento Farmacológico	67,99 €	158,54 €	165,38 €	460,24 €	97,39 €	p<0,001
Coste Total	265,89 €	474,36 €	532,19 €	980,48 €	266,30 €	p<0,001
Coste Total por día	74,27 €	127,35	115,80 €	142,27 €	41,53 €	p<0,001
N	442		928			

En el desglose de análisis de costes por grupo diagnóstico, que de nuevo muestra ser más económico en todos los grupos cuando fueron atendidos en la UCP. Existiendo diferencia estadísticamente significativa por ingreso global y por día de ingreso.

En los fármacos analizados en final de vida observamos que no solo el gasto era inadecuado, también el tipo de fármaco. En el grupo UCP se administraban fármacos más coherentes con el control sintomático como levomepromazina, fentanilo y morfina.

En cuanto a pruebas, al 90% del grupo NO-UCP se le realizaron perfiles analíticos durante las 72 horas previas al deceso, frente al 34% en la cohorte paliativa ($p < 0.001$)."

Estudio Cualitativo:

La entrevista semiestructurada la realizaron un total de 24 participantes. Todos ellos consintieron a través del Portal del paciente la Participación.

Participantes: 24 en total. UCP: 8 mujeres (5 hijas y 3 esposas) 1 marido y 3 hijos. NO-UCP: 8 mujeres (5 hijas y 3 esposas) y 4 hijos varones. Edad media UCP: 59.7 años, y en NO-UCP: 56.6 años

El primer tema incluyó dos categorías: pruebas diagnósticas y tratamiento, y control de síntomas.

El segundo tema versó sobre la excelencia de los profesionales e incluyó tres categorías: comunicación que incluía la información sobre el proceso y el pronóstico, el apoyo emocional tanto al paciente como a los cuidadores y facilitación del proceso de despedida.

Los resultados mostraron mayor satisfacción en el grupo UCP:

"Todas las pruebas fueron apropiadas, el médico vino y explicó todo" (UCP).

"Ordenaron muchos análisis de sangre y no nos dijeron los resultados, (nuestro familiar) tenía los brazos hinchados. Fue una carga obligarlo a tragar el medicamento" (No UCP).

"Nos dijeron que iba a estar tranquilo, pero no parecía tranquilo" (No- UCP).

"Se estaba asfixiando, pero nadie vino a ayudar" (No-UCP).

"Mucho mejor controlado que en casa y que en otros ingresos (los síntomas)" (UCP).

"Pero le sentaba bien, no tenía dolor...estuvo muy bien controlado" (UCP).

"Su atención fue excelente, hablamos con ellos como si fueran amigos. Podía hablar con ellos cuando quisiera ". (UCP).

"Era obvio que éramos un procedimiento puro". (No-UCP).

Toda familia se despidió incluso los niños". (UCP).

"Nunca nos dijeron que podría ser el último ingreso hospitalario, no pudimos despedirnos". (No-UCP).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación demuestran una reducción significativa en los costes asociados a la hospitalización en el último ingreso de los pacientes con mismo nivel de gravedad y riesgo de mortalidad si son atendidos por UCP. La diferencia es claramente significativa tanto en coste global como en coste por día.

Si bien estudios previos habían documentado la eficiencia económica de los cuidados paliativos mediante la reducción de reingresos y estancias hospitalarias, nuestro trabajo aporta evidencia novedosa sobre la optimización de recursos durante la hospitalización. Este estudio muestra que uno de los principales factores del ahorro se debe a un uso apropiado de los medios diagnósticos, intervenciones, y gasto farmacéutico dentro del hospital.

Identificamos gran nivel científico-técnico en las unidades convencionales que carecen de competencias paliativas, resultando en intervenciones desproporcionadas con escaso beneficio pero elevado impacto económico y sus especialistas con falta de formación en competencias paliativas (26), lo que puede llevar al uso de recursos que no aportan beneficios, y ocasionar un coste elevado. Nuestros resultados refuerzan el paradigma de Chochinov sobre dignidad terapéutica, donde el enfoque transita de la curación a la contención "priorizando el alivio del sufrimiento mediante acompañamiento profesionalizado y limitación de medidas fútiles." (27,28)

A diferencia de investigaciones previas focalizadas en oncología (29) (donde el ahorro deriva principalmente de evitar quimioterapias tardías), nuestro estudio incluye patologías no oncológicas y cuantifica el ahorro intrínseco al manejo intrahospitalario. De forma similar, existen estudios que muestran beneficio económico con mejor coste eficiencia en pacientes no oncológicos atendidos por equipos de CP, pero de nuevo se han centrado en la reducción global de costes generales y no en un análisis de coste según recursos empleados (30,31) como el nuestro.

Cabe destacar, por su originalidad, la homogeneidad del grupo estudiado: pacientes con alto riesgo de morbimortalidad en los que era previsible su fallecimiento. Esto permite comparar el empleo de recursos desde una óptica de proporcionalidad de tratamientos entre ambos grupos. El

haber realizado un análisis en función del GRD, nos muestra cómo se han utilizado los recursos según diagnóstico y especialidad y puede guiarnos en futuras investigaciones.

Es destacable en nuestra investigación que los fármacos que utiliza el grupo UCP son dirigidos al control sintomático desde las 72 horas previas al fallecimiento lo que indica mucho más acierto en el enfoque terapéutico y asegura un buen control sintomático. Esta medicación no la encontramos con tanta frecuencia en el grupo No-UCP donde el gasto farmacológico es mucho mayor y los fármacos no parecen los más adecuados en final de vida.

Se ha demostrado que los pacientes que reciben CP presentan mejor calidad de vida y menor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (32); también utilizan menos recursos sanitarios (33).

Nuestro estudio cualitativo reveló experiencias diametralmente opuestas: los familiares de pacientes UCP destacaron control sintomático efectivo y comunicación clara, mientras el grupo NO-UCP reportó deficiencias en manejo del dolor y oportunidades perdidas para despedidas.

Nuestro estudio muestra que los familiares experimentaron la oportunidad de prepararse para la muerte de sus seres queridos como una ayuda para comprender y aceptar la situación, lo que facilitó el proceso de despedida. Experiencias similares encontramos en otros estudios de la literatura, donde las familias muestran que la mejora de la comunicación está claramente relacionada con una mayor satisfacción (34,35).

Por lo tanto, vemos que esta gestión adecuada de recursos de nuestro estudio no solo hace el sistema más sostenible, sino que evita molestos y dolorosos procedimientos a los pacientes en final y así nos lo narran las familias entrevistadas.

Teniendo en cuenta que la mayoría de la población fallece en hospitales, es fundamental buscar criterios de calidad para esta etapa. Gracias a este estudio mixto podemos analizar varios aspectos de la calidad asistencial y calidad de muerte en nuestro centro, e intentar definir unos modelos ideales.

Donabedian define la calidad de la asistencia sanitaria como “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud” (36,37). De todas las dimensiones de calidad asistencial definidas por él, vemos que en nuestro estudio destacan la eficiencia, la satisfacción y la adecuación.

Fruto de esta investigación, la bibliografía, y nuestra experiencia proponemos este decálogo de actuación que inspire a los profesionales a la hora de atender a sus pacientes en final de vida (Tabla 4).

Derivamos en tres imperativos asistenciales tras analizar este estudio: la integración precoz de paliativos en hospitales, el desarrollo de protocolos para limitación de tratamiento en pacientes con alto riesgo de mortalidad y la formación transversal en comunicación de malas noticias y control sintomático para todos los especialistas.

Esta formación es básica siendo los médicos testigos de excepción de la vida humana como dice Herrera (38), más aún en el periodo final.

Tabla 4. Decálogo de Calidad en Final de Vida

1	Acceso a Cuidados Paliativos o a un experto en pacientes complejos
2	Participación del paciente y su familia en la planificación de cuidados
3	Historia clínica completa: valores, social, espiritual y especificar el techo terapéutico
4	Dignidad del paciente. Implantación del Cuestionario TIME (This Is ME)
5	Información sincera, tolerable con tiempo y compasión
6	Facilitar la despedida, ayudar a afrontar la muerte y acompañar a la familia en el final
7	Favorecer acompañamiento espiritual. Habitación individual
8	Adecuado control de síntomas, comprobaciones y rescates
9	Minimizar uso de fármacos, profilácticos, suplementos... Planificar el horario de medicación
10	Evitar vías intravenosas (usar vía subcutánea), frenar pruebas innecesarias y ventilación mecánica invasiva. Minimizar intervenciones y traslados.

Aunque es complicado definir una buena muerte, la necesidad de sentir que uno importa es universal. Han pasado más de 50 años desde que Cicely Saunders (fundadora de los CP) compartió la sabiduría de este enfoque, y ahora, cuando el desarrollo de la inteligencia artificial dejará fuera de la ecuación a médicos técnicos, reivindicamos el papel fundamental de los CP.

Una limitación de esta investigación es que se realizó en un único centro hospitalario lo que se intenta compensar con esta amplia muestra. Otra peculiaridad es la distribución de ingresos por el jefe del área médica en sesión hospitalaria y la falta de camas de oncología por lo que la mayoría de los pacientes oncológicos ingresan en cuidados paliativos. Proponemos para esto completar este estudio en otros centros hospitalarios siguiendo este modelo.

CONCLUSIONES

Pacientes con enfermedad avanzada y alto riesgo de fallecimiento a corto plazo, a mismo índice de gravedad y riesgo de mortalidad, es significativamente más coste eficiente fallecer atendido por una UCP. Este ahorro se mantuvo tras ajustar los costes por día de ingreso, y agrupando por GRD.

En el grupo UCP los fármacos administrados en final de vida son menos y acordes con el control sintomático. Así mismo en el grupo UCP se realizan menos analíticas en las últimas 72 y 24 horas de vida, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Las familias atendidas en UCP refieren haber estado mejor informadas tanto sobre la finalidad de las pruebas como sobre la gravedad de la situación y el mal pronóstico a corto plazo de los pacientes atendidos. Perciben mejor control de los síntomas, y tuvieron oportunidad de despedirse.

Se refuerza así la importancia de promover un cambio cultural en el ámbito hospitalario en relación con el concepto de muerte digna. La inclusión de los CP en la planificación del tratamiento debe ser vista como una oportunidad para mejorar la calidad de vida y no como una renuncia a la atención médica. Para ello, es fundamental sensibilizar tanto a los profesionales de la salud como a los responsables de la toma de decisiones sanitarias sobre los beneficios de este enfoque, promoviendo su integración en las políticas hospitalarias y en los planes de atención de salud pública.

Por lo tanto los CP representan una herramienta fundamental para optimizar la atención en el final de la vida, garantizando que los pacientes reciban un tratamiento acorde con sus deseos y necesidades. Su implementación generalizada en los hospitales no solo contribuiría a una mejor calidad asistencial, sino que también permitiría una gestión más eficiente de los recursos sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Investigación Fundación Jiménez Díaz y a la Unidad de Apoyo a la Investigación de la Universidad Francisco de Vitoria.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yabroff KR, Lamont EB, Mariotto A, et al. Cost of care for elderly cancer patients in the United States. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(9):630-641. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djn103>
2. Chastek B, Harley C, Kallich J, Newcomer L, Paoli CJ, Teitelbaum AH. Health care costs for patients with cancer at the end of life. *J Oncol Pract.* 2012;8(6S):75s-80s. <http://dx.doi.org/10.1200/jop.2011.000469>
3. Lubitz JD, Riley GF. Trends in medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med.* 1993;328(15):1092-1096 <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199304153281506>
4. May P, Garrido MM, Cassel JB, et al. Palliative care teams' cost-saving effect is larger for cancer patients with higher numbers of comorbidities. *Health Aff (Millwood).* 2016;35(1):44-53. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0752>
5. Wolff JL, Dy SM, Frick KD, Kasper JD. End-of-life care: findings from a national survey of informal caregivers: Findings from a national survey of informal caregivers. *Arch Intern Med.* 2007;167(1):40-46. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.167.1.40>
6. Blecker S, Johnson NJ, Altekrose S, Horwitz LI. Association of occupation as a physician with likelihood of dying in a hospital. *JAMA.* 2016;315(3):301-303. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.16976>
7. Centeno C, Sitte T, de Lima L, et al. CCST. Documento de Posición Oficial sobre la Promoción Global de Cuidados Paliativos: Recomendaciones del Grupo Internacional Asesor PAL-LIFE de la Academia Pontificia de la Vida, Ciudad del Vaticano. *J Palliat Medicine.* 2018;21(10):1398-1407
8. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 2014 [citado el 12 de agosto de 2023]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>
9. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report.

- Lancet. 2018;391(10128):1391-1454. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
10. Connor SR. Global atlas of palliative care at the end of life. Sepulveda Bermedo MC, editor. London, England: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2014.
 11. The 2015 quality of death index. Economist.com. [citado el 12 de agosto de 2023]. <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
 12. Centeno C, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D. EAPC atlas of palliative care in Europe 2013 full edition. Cuidarypaliar.es. [citado el 12 de agosto de 2023]. http://www.cuidarypaliar.es/wpcontent/uploads/2017/01/EAPC_Atlas_Palliative_Care_Europe_2013_Full_Edition.pdf
 13. Bardsley M, Georghiou T, Dixon J. Social care and hospital use at the end of life . Org. uk. [citado el 12 de agosto de 2023]. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2017-01/social-care-hospital-use-report-web-final.pdf>
 14. Doblado R, Herrera E, Librada S, Lucas MA, Muñoz I, Rodríguez Z. Directorio de recursos de cuidados paliativos en España: directorio SECPAL 2015. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL; 2016. http://www.infocuidadospaliativos.com/EN-LACES/monografia9_analisis_directorio.pdf
 15. Yadav S, Heller IW, Schaefer N, et al. The health care cost of palliative care for cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2020;28(10):4561-4573. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-020-05512>
 16. Vilà Santasuana A, Celorrio Jiménez N, Sanz Salvador X, Martínez Montauti J, Díez-Cascón Menéndez E, Puig Rossell C. Última semana de vida en un hospital de agudos: revisión de 401 pacientes consecutivos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(5):284-290. [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(08\)73570-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(08)73570-4)
 17. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care. 2013;3(3):300-308. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>
 18. Horn SD, Horn RA, Sharkey PD. The Severity of Illness Index as a severity adjustment to diagnosis-related groups. Health Care Financ Rev. 1984;Suppl:33-45
 19. Horn SD, Horn RA. Reliability and validity of the Severity of Illness Index. Med Care 1986;24(2):159-78. dx.doi.org/10.1097/00005650-198602000-00007
 20. McCormick PJ, Lin H-M, Deiner SG, Levin MA. Validation of the All Patient Refined Diagnosis Related Group (APR-DRG) Risk of mortality and severity of illness modifiers as a measure of perioperative Risk. J Med Syst. 2018;42(5):81. <http://dx.doi.org/10.1007/s10916-018-0936-3>
 21. Ministerio de Sanidad Y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud [1999]. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>
 22. Yin RK. Validity and generalization in future case study evaluations. Evaluation (Lond) 2013;19(3):321-332. <http://dx.doi.org/10.1177/1356389013497081>
 23. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. Eur J Gen Pract 2018;24(1):9-18. <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
 24. Fernández-Isla LE, Conde-Valvis-Fraga S, Fernández-Ruiz JS. Grado de satisfacción de los cuidadores principales de pacientes seguidos por los equipos de cuidados paliativos. Semergen 2016;42(7):476-481. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.011>
 25. Molina Linde JM, Romero Rodríguez Y, Rodríguez Sañudo RM, Gálvez Mateos R. Encuesta de satisfacción a cuidadores en una Unidad de Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa. 2006;13(1):11-17.
 26. Boland JW, Barclay S, Gibbins J. Twelve tips for developing palliative care teaching in an undergraduate curriculum for medical students. Med Teach 2019;41(12):1359-1365. <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2018.1533243>
 27. Chochinov HM. Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA. 2002;287(17):2253-2260. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
 28. Chochinov HM. Intensive caring: Reminding patients they matter. J Clin Oncol [2023;41(16):2884-2887. <http://dx.doi.org/10.1200/jco.23.00042>
 29. Sheridan PE, LeBrett WG, Triplett DP, et al. Cost savings associated with palliative care among older adults with advanced cancer. Am J Hosp Palliat Care .2021;38(10):1250-1257. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909120986800>
 30. May P, Normand C, Del Fabbro E, et al. Economic analysis of hospital palliative care: Investigating heterogeneity by noncancer diagnoses. MDM Policy Pract.2019;4(2):2381468319866451. <http://dx.doi.org/10.1177/2381468319866451>
 31. Spilsbury K, Rosenwax L. Community-based specialist palliative care is associated with reduced hospital costs for people with non-cancer conditions during the last year of life. BMC Palliat Care.2017;16(1):68. <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0256-2>
 32. Veronese S, Gallo G, Valle A, et al. Specialist palliative care improves the quality of life in advanced neurodegenerative disorders: NE-PAL, a pilot randomised controlled study. BMJ Support Palliat Care. 2017;7(2):164-172. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000788>
 33. Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. J Pain SymptomManage.2009;38(1):32-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.05.001>

34. El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol* .2011;9(3):87-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suponc.2011.03.003>
35. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*.2016;316(20):2104-2114. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.16840>
36. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Medica Mexicana; 1984
37. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care: <I>evaluating the quality of medical care</i>. *Milbank Q* . 2005;83(4):691-729. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468>
38. Herrera A. El médico testigo de excepción. La suerte de ser médico. *Medicina militar*. 1993;45(5):569.

Si desea citar nuestro artículo:

Herrera Abián M, Suárez Rueda C, Bárcena Goitiandia L, Antón Rodríguez C, Jiménez Rodríguez Á. Muerte en el hospital: evaluación económica y calidad percibida cuando interviene un equipo de Cuidados Paliativos. *An RANM*. 2025;142(01): 82-91. DOI: 10.32440/ar.2025.142.01.org01
