

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

GRADO DE ENFERMERÍA

**TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

# IMPACTO ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS.

Alumna: Cristina Durán Pereira.

Tutora: Carmen Martínez Rincón.

# DECLARACIÓN RESPONSABLE DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Yo, Cristina Durán Pereira, estudiante del Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, como autora del Trabajo de Fin de Grado titulado:

**IMPACTO ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS**

Y tutelado por: María del Carmen Martínez Rincón.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Grado es obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular la Ley de Propiedad Intelectual (RD1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita. Así mismo, el Trabajo de Fin de Grado está realizado conforme a las recomendaciones sobre el uso ético de la inteligencia artificial.

En Madrid a 7 de mayo de 2026

Firma 

# DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE AUTORÍA Y USO ÉTICO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Yo, Cristina Durán Pereira, declaro de manera responsable que el presente Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado:

**IMPACTO ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS**

Es el resultado de mi trabajo intelectual personal y creativo, y ha sido elaborado de acuerdo con los principios éticos y las normas de integridad vigentes en la comunidad académica y, más específicamente, en la Universidad Complutense de Madrid.

Soy, pues, la persona autora del material aquí incluido y, cuando no ha sido así y he tomado el contenido de otra fuente, lo he citado o bien he declarado su procedencia de forma clara, incluidas, en su caso, herramientas de inteligencia artificial. Las ideas y aportaciones principales incluidas en este trabajo, y que acreditan la adquisición de competencias, son mías y no proceden de otras fuentes o han sido reescritas usando material de otras fuentes.

Asimismo, aseguro que los datos y recursos utilizados son legítimos, verificables y han sido obtenidos de fuentes confiables y autorizadas. Además, he tomado medidas para garantizar la confidencialidad y privacidad de los datos utilizados, evitando cualquier tipo de sesgo o discriminación injusta en el tratamiento de la información.

En Madrid, a 7 de mayo de 2026

Fdo.: 

## Índice

**1. Introducción ..... 7**
**1.1.** Definición y origen de los cuidados paliativos ..... 7
1.1.1. Tipos de atención paliativa ..... 7
1.1.2. Cuidados paliativos en España ..... 8
1.2. Epidemiología de las enfermedades crónicas ..... 8
1.3. Sintomatología de los pacientes terminales ..... 9
1.3.1. Factores pronósticos ..... 10
1.3.2. Modelos de predicción clínica ..... 11
1.4. Conceptos ..... 11
1.4.1. Impacto económico de los cuidados paliativos ..... 11
1.4.2. Enfermera gestora de casos ..... 12
1.5. Justificación del tema elegido ..... 12
1.6. Objetivos ..... 13
**2. Metodología ..... 14**
2.1 Diseño del estudio y estrategias de búsqueda ..... 14
2.2 Criterios de inclusión y de exclusión ..... 14
2.3 Resultados de las búsquedas ..... 15
2.4 Extracción y síntesis de datos ..... 15
2.5 Calidad metodológica y riesgo de sesgo ..... 15
2.6 Uso de la inteligencia artificial ..... 16
**3. Resultados ..... 17**
3.1 Búsqueda bibliográfica ..... 17
3.2 Características de los estudios incluidos ..... 18
3.3 Lugar de fallecimiento y satisfacción del paciente ..... 18
3.4 Calidad de vida y control sintomatológico ..... 18
3.5 Ingresos hospitalarios y uso de los recursos sanitarios ..... 19
3.6 Costes sanitarios ..... 19
3.7 Equipo de atención sanitaria ..... 20
3.8 Enfermera gestora de casos ..... 20
**4. Discusión ..... 21**
4.1. Implicaciones para la gestión sanitaria ..... 21
4.2. Implicaciones de la práctica enfermera ..... 22
4.3. Limitaciones del estudio ..... 22
4.4. Futuras líneas de investigación ..... 23
4.5. Síntesis de la evidencia ..... 23
**5. Conclusiones ..... 25**
**6. Bibliografía ..... 26**
**7. Anexos ..... 29**

## Resumen

**Introducción:**

En la actualidad, el aumento de las enfermedades no transmisibles es directamente proporcional a la incurabilidad y terminalidad de estas. Para prevenir y aliviar los problemas derivados de las mismas, nacen los cuidados paliativos domiciliarios como una forma de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a estas enfermedades.

**Objetivo:**

Evaluar el impacto económico de los cuidados paliativos domiciliarios analizando la reducción del coste de los gastos asociados a estos cuidados.

**Metodología:**

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa usando las bases de datos de PubMed, Scielo y Web of Science. Se incluyeron estudios en inglés y publicados entre 2020 y 2025. Se seleccionaron 11 artículos que cumplían con los criterios de búsqueda.

**Resultados:**

Los cuidados paliativos domiciliarios están asociados a una reducción de los costes derivados de la atención sanitaria, los ingresos hospitalarios y el uso de los recursos sanitarios; a su vez, aumentan la probabilidad de fallecer en el hogar y la satisfacción por la atención tanto en el paciente como en su familia, mejoran la calidad de vida y el control sobre los síntomas asociados a la enfermedad en su fase terminal y ponen de manifiesto la importancia de la figura de la enfermería dentro del proceso de atención en estos cuidados.

**Discusión**:

La disminución de costes asociados a la atención paliativa domiciliaria puede verse acrecentada gracias a la figura de la enfermera gestora de casos como contribuidora y referente en la sostenibilidad del sistema.

**Conclusiones:**

Los cuidados paliativos domiciliarios reducen el coste en la atención a los pacientes en la fase terminal de su enfermedad.

**Palabras clave**:

Cuidados paliativos, cuidados paliativos domiciliarios, gastos en salud, costes.

## Abstract

**Introduction**:

Currently, the increase in non-communicable diseases is directly proportional to their incurability and terminal nature. To prevent and alleviate the problems arising from these diseases, palliative care has emerged as a way to improve the quality of life of patients and families facing these illnesses.

**Objective:**

Evaluate the economic impact of home-based palliative care by analyzing the reduction in the costs associated with this care.

**Methodology:**

A narrative literature review was conducted using PubMed, Scielo, and Web of Science databases. Studies in English and published between 2020 and 2025 were included. Eleven articles that met the search criteria were selected.

**Results:**

Home-based palliative care is associated with a reduction in healthcare costs, hospital admissions, and the use of healthcare resources; in turn, it increases the likelihood of dying at home and the satisfaction with care for both the patient and their family, improves the quality of life and the control over symptoms associated with the disease in its terminal phase, and highlights the importance of the role of nursing within the care process in this type of care.

**Discussion:**

The reduction in costs associated with home-based palliative care can be further enhanced thanks to the role of the case manager nurse as a contributor and benchmark in the sustainability of the system.

**Conclusion:**

Home-based palliative care reduces the cost of care for patients in the terminal phase of their illness.

**Keywords:**

Palliative Care, Home Care Service, Health Expenditures, Costs.

## Índice de abreviaturas

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- CP: Cuidados paliativos.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- CPD: Cuidados paliativos domiciliarios.
- CPH: Cuidados paliativos hospitalarios.
- AP: Atención primaria.
- CCAA: Comunidades autónomas.
- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.
- SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.
- ENT: Enfermedad no transmisible.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- APS: Atención primaria de la salud.
- PCS: Predicción clínica de supervivencia.
- EAPC: Asociación Europea de Cuidados Paliativos.
- PaP Score: Palliative Prognostic Score.
- PPI: Palliative Prognostic Index.
- IK: Índice de Karnofsky.
- PPS: Palliative Performance Scale.
- EGC: Enfermera gestora de casos.
- EGCH: Enfermera gestora de casos hospitalaria.
- EGCC: Enfermera gestora de casos comunitaria.

# 1. Introducción

## 1.1 Definición y origen de los cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] define los Cuidados Paliativos (CP) como "una estrategia de mejora de la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a problemas inherentes a las enfermedades potencialmente mortales y sus familias, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales"**.**

A pesar de que la historia habla de que la primera vez que se utilizó la palabra "hospice" refiriéndose al cuidado de los moribundos fue en Lyon, Francia, en 1842[2]; no es hasta 1967 con la figura de Cicely Saunders y la fundación de St Christopher's Hospice, cuando ya se empieza a hablar de hospicio como centro para enfermos terminales y cuidados paliativos[3].

Dos años más tarde, incorpora esos cuidados en el domicilio, formando el primer equipo de atención domiciliaria. La idea de lo que se pretendía conseguir era un lugar para los enfermos y sus familias que contara con la capacidad científica de un hospital y el ambiente cálido, la hospitalidad de un hogar[3].

La primera Unidad de CP en España se inició en 1982 y alcanzó su reconocimiento oficial en octubre de 1987. Se trata de la Unidad de CP del Hospital Marqués de Valdecilla, promovida por Jaime Sanz Ortiz. También en diciembre de 1987 se constituyó la Unidad del Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona)[2].

Actualmente, en España, los CP forman parte de las prestaciones sanitarias básicas del Sistema Nacional de Salud (SNS)[4]. La atención a los pacientes con enfermedad avanzada y final de vida es un servicio sanitario descrito en la legislación española, que se inicia a mediados de los años 90, con[4]:

- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud («BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 1995).
- Plan Nacional de Cuidados Paliativos (18 de diciembre 2000), publicado en 2001.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud («BOE» núm. 128, de 29/05/2003).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización («BOE» núm. 222, de 16/09/2006).

### 1.1.1. Tipos de atención paliativa

Se han de adecuar los CP a cada paciente de forma individualizada e integral (necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales) y se ha de elegir la modalidad paliativa que más convenga a su estado en el momento en el que se lleva a cabo la evaluación.

Existen varios tipos de CP[5]:

- Cuidados paliativos hospitalarios (CPH): Se brindan en un hospital o centro de atención médica; son administrados por un equipo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales y especialistas en CP. Su objetivo principal es aliviar los síntomas físicos y psicológicos del paciente y brindarle apoyo emocional y espiritual.
- Cuidados paliativos domiciliarios (CPD): En el hogar del paciente, un grupo de médicos, enfermeros y trabajadores sociales administra estos cuidados. Permitir que el paciente permanezca en su hogar y mantenga la mayor autonomía y calidad de vida posible es el objetivo principal de estos cuidados.
- Cuidados paliativos en unidades especializadas: Se ofrecen en unidades especializadas de CP; son administrados por un equipo de profesionales altamente cualificados en estos cuidados. El objetivo principal de estas terapias es aliviar los síntomas físicos y psicológicos del paciente y proporcionar un entorno tranquilo y seguro.

- Cuidados paliativos de Atención Primaria (AP): Los médicos y enfermeros de AP brindan estos cuidados en el hogar del paciente o en centros de atención médica. El objetivo principal de estas terapias es aliviar los síntomas del paciente y mejorar su calidad de vida, así como brindar apoyo emocional y espiritual al paciente y su familia.

### 1.1.2. Cuidados paliativos en España

Actualmente, en España, en todas las Comunidades Autónomas (CCAA) está implantado un sistema de CP consistente en atención hospitalaria y domiciliaria **(Tabla 1).**

Hay CCAA que cuentan, además, con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

El ESAD[6] está formado por:

- Médico y enfermera de AP y médico y enfermera paliativistas, funciones principales:
  - Evaluación global.
  - Identificación y manejo de síntomas.
  - Valoración de las causas de sufrimiento
  - Coordinación del tratamiento médico.
  - Valoración integral y continuada del paciente y su familia.
  - Cuidados integrales. Soporte y educación al paciente y su familia, potenciando los cuidados en el domicilio.
- Fisioterapeutas: Ayudan a mantener la movilidad con ejercicios que alivian el dolor y aportan bienestar.
- Psicólogos: apoyo psicoemocional para el paciente, familia y equipo de paliativos. Ayudan a gestionar el miedo y la ansiedad y a planificar los cuidados.
- Trabajador social: Ayudan a tramitar recursos, ayudas y servicios de apoyo disponibles.
- Especialistas para manejo de complicaciones potenciales: úlceras por presión, ostomías, etc.
- Agentes espirituales: Ayudan en el aspecto espiritual y/o religioso.
- Voluntarios: apoyo emocional y compañía.

En el Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud[4] publicado en 2023, perteneciente al periodo 2015-2020; en el apartado de resultados correspondiente a la línea estratégica 2 sobre Organización y coordinación, se fija como objetivo proveer cobertura de atención a los pacientes durante 24 horas al día, todos los días de la semana. En la actualidad, solamente 3 CCAA no disponen de esta continuidad en la atención:

- Aragón: Lo tiene organizado solo para los CP pediátricos. Estando prevista su extensión para adultos.
- Extremadura: Atención continuada 24 h/7 d garantizada. La atención continuada está asegurada con las guardias telefónicas de lunes a domingo.
- Ceuta: ESAD de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 h. Equipo no específico (O61/Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP): resto de horario.

## 1.2. Epidemiología de las enfermedades crónicas

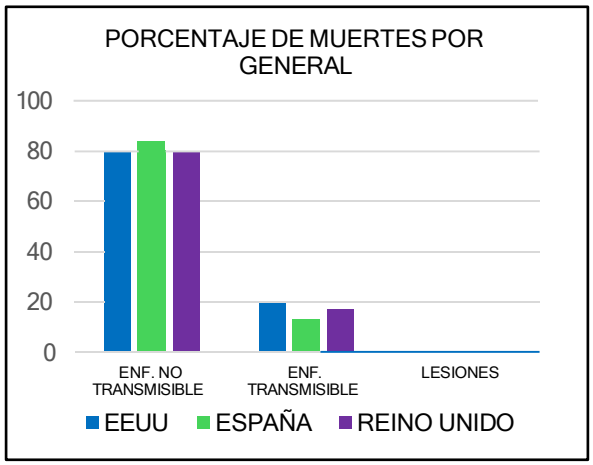
Los CP están dirigidos a pacientes con enfermedades incurables y en situación de terminalidad, como son las enfermedades crónicas o de larga duración.

Hoy en día, este tipo de enfermedades son la principal causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, como señala un estudio publicado por la OMS en 2020 y realizado desde el año 2000 al 2019**.** En dicho análisis se pone de manifiesto que siete de las 10 principales causas de muerte son Enfermedades No Transmisibles (ENT)[7].

Tras observar los hallazgos arrojados en dicha evaluación, se consulta al Instituto Nacional de Estadística (INE)[8]; la información recogida sigue esa misma línea, situando a las ENT como principal causa de defunciones en España, siendo las enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades respiratorias y tumores las causas primordiales de fallecimiento.

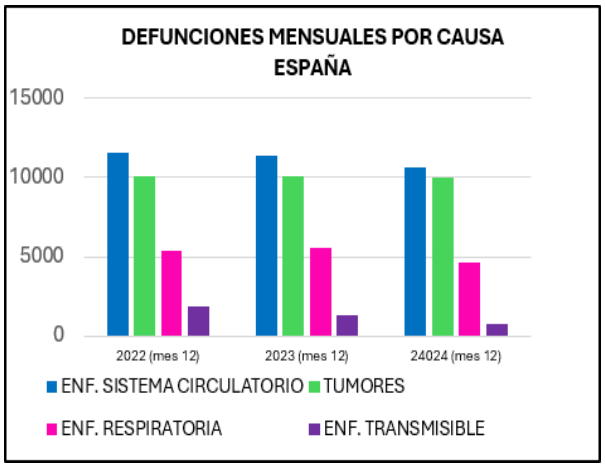
Así pues, las ENT suponen la mayoría de las muertes (al menos 19 millones en 2021), seguidas del cáncer (10 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4 millones) y la diabetes (más de 2 millones, incluidos los fallecimientos por nefropatía diabética)[9].

**Fig. 1**. Principales causas de muerte en varios países.




**Fuente**: Elaboración propia, datos recogidos por la OMS.

**Fig. 2.** Principales causas de muerte en España.




**Fuente**: Elaboración propia, datos recogidos por el INE.

Una forma importante de controlar las ENT es centrarse en reducir los factores de riesgo asociados a estas enfermedades[9]:

- Factores comportamentales:
  - Consumo de tóxicos, especialmente el tabaco y el alcohol.
  - Consumo excesivo de grasas, azúcares y sal.
  - Consumo deficiente de verduras, frutas y legumbres.
  - Sedentarismo.
- Factores ambientales:
  - Contaminantes.
  - Cambio climático.
- Otros:
  - Condiciones económicas y sociales.
  - Estrés y factores psicosociales.
  - Genéticos.

Se necesita un enfoque integral en el que todos los sectores, incluidos los de la salud, las finanzas, el transporte, la educación, la agricultura, la planificación y otros, colaboren para reducir los riesgos asociados a las ENT y promover intervenciones encaminadas a prevenirlas y controlarlas[9].

La información recogida evidencia que este tipo de actuaciones, además de disminuir la prevalencia de las ENT, son una excelente inversión económica porque, si se proporcionan a los pacientes de forma temprana, pueden reducir la necesidad de un tratamiento más costoso[9].

Por último, la OMS estima en la Evaluación del desarrollo de los CP en el mundo, publicado en 2022, que cada año, más de 56,8 millones de personas necesitan cuidados paliativos[10]. Se espera que este número aumente drásticamente en las próximas décadas.

### 1.3. Sintomatología de los pacientes terminales

Los CP están dirigidos a personas con enfermedades crónicas, en un estadio avanzado y terminal. Los criterios para definir a este tipo de pacientes son[4]:

- Enfermedad incurable.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y social.

- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

El curso por el que pasa la persona que se encuentra cercana al final de la vida requiere una atención de calidad (efectiva, eficiente, segura y centrada en la persona), donde un equipo multidisciplinar de profesionales expertos en este campo pueda dar cobertura a las necesidades sanitarias, psicológicas, sociales y espirituales con las que se encuentra el paciente, incluyendo en todo momento, y proporcionando ayuda y soporte, al cuidador principal y familia, durante la enfermedad y tras el fallecimiento del ser querido[4].

El objetivo principal de los programas centrados en los CP es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como prevenir y aliviar el sufrimiento con la detección y tratamiento precoz de las posibles complicaciones asociadas a su enfermedad basal[4].

Para mejorar eso, resulta necesario centrarse en la variedad sintomatológica que presentan[11,12]:

- Dolor.
- Respiratorios: disnea, tos, hipo.
- Digestivos: disfagia, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal, ascitis, bucales (mucositis, sialorrea, xerostomía).
- Neurológicos: delirium, convulsiones.
- Sistémicos: anorexia/caquexia, diaforesis, fiebre, astenia.
- Genitourinarios: hematuria, retención urinaria.
- Cutáneas: úlceras por presión, prurito, edemas.
- Psicológicos: ansiedad, depresión, insomnio.

Una vez identificados los síntomas que padecen este tipo de pacientes, se ha de actuar para que obtengan alivio de su sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, al sentirse atendidos, respetados, acompañados y no abandonados[12]. Siempre se ha de respetar sus creencias, preferencias y valores.

### 1.3.1. Factores pronósticos

Una vez identificada la situación clínica y la sintomatología de cada paciente, se debe medir el factor pronóstico de supervivencia para adecuar las actuaciones terapéuticas y los recursos sanitarios necesarios para brindar la mejor atención y cuidados. Siempre se ha de tener en cuenta la opinión y deseos del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones[12].

Una adecuada estimación pronóstica ayuda a la derivación precoz de pacientes a programas de CP. Esta integración temprana mejora el control sintomático, la calidad de vida y reduce la utilización de tratamientos agresivos al final de la vida[12].

La predicción clínica de supervivencia (PCS) es la estimación subjetiva de supervivencia realizada por el profesional. Se puede realizar de 4 maneras[12]:

- Experiencia clínica: historia natural de la enfermedad y la valoración general del paciente.
- Predicción probabilística: probabilidad de que un paciente sobreviva un tiempo determinado (ejemplo: este paciente tiene un 70% de posibilidades de vivir más de un mes).
- Predicción temporal: Se establece un plazo de tiempo determinado (ejemplo: este paciente va a vivir dos meses).
- Utilizando la pregunta sorpresa: ¿Me sorprendería que este paciente falleciera en los próximos 6 o 12 meses?

Los autores Benítez-Rosario MA, Alonso Babarro A y González Guillermo T[12] proponen hacer, además, 5 preguntas para conseguir una PCS idónea:

- ¿Qué actividad es capaz de realizar el enfermo? La situación funcional del paciente se mide mediante distintas escalas. Es el factor aislado que con más frecuencia nos ayuda a realizar la PCS. Se ha visto que una caída de la funcionalidad mayor del 30% entre la primera valoración y las dos semanas siguientes predice una supervivencia muy corta.

- ¿Qué síntomas tiene? Algunos síntomas tienen clara relación con la supervivencia; no solo la presencia del síntoma, sino el número de síntomas y su intensidad empeoran el pronóstico.
- ¿Cuál es la situación cognitiva del paciente? El delirium es un problema frecuente al final de la vida y se asocia a mal pronóstico.
- ¿Cuál es la situación nutricional del enfermo? Se evalúa mediante distintas escalas; es crucial en la estimación de la supervivencia.
- ¿Cómo están los análisis? Aunque pueden estar alterados por eventos médicos agudos, tales como infecciones o fármacos.

#### 1.3.2. Modelos de predicción clínica

Los modelos predictivos no son más que una serie de herramientas o escalas que indican la supervivencia del paciente dependiendo del estado en el que se encuentra en base a PCS.

Los dos modelos predictivos más utilizados, validados y, por este motivo, recomendados por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), son el Palliative Prognostic Score (PaP Score) y el Palliative Prognostic Index (PPI)[12].

**1.3.2.1.** El PaP Score establece tres grupos de riesgo con probabilidad de sobrevivir un mes[12]:
- Menos del 30% (PaP Score C).
- Entre el 30-70% (PaP Score B).
- Mayor del 70% (PaP Score A).

Incluye seis variables que son PCS, Índice de Karnofsky (IK), anorexia, disnea, leucocitos y porcentaje de linfocitos.

**1.3.2.2.** El PPI establece el pronóstico entre 3 y 6 semanas. Incluye cinco variables: Palliative Performance Scale (PPS), ingesta oral, presencia o ausencia de disnea, edemas y delirium. Una ventaja es que no necesita datos analíticos ni incluye la PCS. El modelo estratifica en tres grupos[12]:
- Supervivencia menor de 3 semanas (score >6).
- Menor de 6 semanas (score 5-6).
- Mayor de 6 semanas (score <5).

El PPI puede ser útil en pacientes con corta expectativa de vida (< 1 mes), pero tiene una capacidad predictiva similar a la PCS en pacientes con expectativa de vida mayor de 3 meses.

Para valorar la supervivencia, se han de realizar dos evaluaciones; la segunda se hará a las dos semanas de haber realizado la primera valoración. Se efectuará una exploración física del paciente y se aplicarán diferentes escalas para medir su situación funcional, sintomatología actual, situación cognitiva, situación nutricional y alteración analítica[12] **(Tabla 2).**

Además de las escalas desarrolladas, existen otras escalas pronósticas en función de la ENT. Hay escalas pronósticas para pacientes oncológicos y escalas pronósticas para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y pluripatológicos[12].

### 1.4. Conceptos

#### 1.4.1. Impacto económico de los cuidados paliativos

Debido al incremento del gasto sanitario asociado a las ENT, es necesario analizar el impacto económico de las distintas modalidades de CP. Para ello se puede hacer uso del concepto coste-efectividad como una herramienta para realizar un análisis económico de las diferentes intervenciones sanitarias.

El análisis coste-efectividad permite la evaluación comparativa de varias opciones alternativas atendiendo a los costes y sus consecuencias sanitarias[13]. El fin de este tipo de evaluaciones económicas es minimizar los costes y maximizar los beneficios.

La evaluación económica de las intervenciones sanitarias, y más concretamente, su análisis coste-efectividad, se ha posicionado como una herramienta de ayuda en los procesos de toma de decisiones en la asignación de recursos[13].

Cuando esta evaluación se aplica al ámbito de los CP, el coste-efectividad mide los costes de la provisión de estos cuidados haciendo una comparación entre las diferentes modalidades de CP existentes.

El presente trabajo no realiza una evaluación económica; realiza, mediante una revisión narrativa, un análisis del impacto económico y los costes asociados a este tipo de cuidados.

### 1.4.2. Enfermera gestora de casos

La Enfermera Gestora de Casos (EGC) es una enfermera con competencias avanzadas que utiliza la gestión de casos como herramienta de trabajo, entendiendo esta como un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste efectivos[14].

La gestión de casos es una modalidad de atención dirigida a personas, en cualquier etapa de la vida, con enfermedad crónica compleja o avanzada y necesidad de cuidados de alta intensidad, así como a las personas que les cuidan, con el objetivo de garantizar la continuidad del plan asistencial y los cuidados transicionales, favoreciendo la coordinación e integración de múltiples profesionales y servicios[14].

Se entiende por “casos complejos” aquellos que engloban a paciente, cuidador y entorno de vida susceptibles de atención domiciliaria[14].

En el ámbito internacional, en estudios realizados básicamente en EE. UU. y Reino Unido, la gestión de casos muestra impactos positivos en términos de utilización de los servicios, los resultados en salud, las experiencias vividas por pacientes y cuidadoras y el coste[14].

En España, es la encargada de planificar y coordinar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, principalmente en el área de Atención Primaria de Salud (APS), especialmente aquellos casos más complejos que requieren una mejor coordinación del sistema sanitario[14]. Solamente Andalucía, Islas Baleares, País Vasco y la Comunidad Valenciana tienen implantado este modelo de gestión, coexistiendo la figura de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH) y Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC)[14].

## 1.5. Justificación del tema elegido

El aumento de las enfermedades crónicas y su terminalidad hacen que sea fundamental el acceso temprano a los CP para mejorar la calidad de vida de estos pacientes en la última etapa de su vida.

La relación entre este tipo de enfermedades y el número de población aquejada es directamente proporcional al gasto sanitario. Como consecuencia, resulta necesaria una mayor inversión para proveer a la población que necesite de estos cuidados.

Dado que los recursos sanitarios son finitos y que existe la posibilidad de brindar estos cuidados de forma hospitalaria y domiciliaria, es necesario examinar el impacto económico de ambos para reducir los costes asociados a los mismos.

Además, hay una figura clave en el proceso asistencial de estos pacientes: la enfermera. Es la persona que acompaña a pacientes y familiares desde el inicio de la patología hasta el final, brindando atención y cuidados.

En los últimos años, en España, ha emergido su figura como gestora de casos en AP, aunque ya en el ámbito internacional, en EE. UU. y Reino Unido, la gestión de casos muestra impactos positivos en términos de utilización de los servicios, los resultados en salud, las experiencias vividas por pacientes y cuidadoras y el coste[14].

### 1.6. Objetivos

El objetivo principal de esta revisión narrativa es:

> Evaluar la evidencia disponible sobre el impacto económico de los cuidados paliativos domiciliarios frente a los cuidados paliativos hospitalarios, analizando la reducción del coste de los gastos sanitarios.

Los objetivos secundarios son:

- Valorar la efectividad clínica de los cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con enfermedad crónica avanzada en fase terminal.
- Conocer el impacto de los cuidados paliativos domiciliarios en la utilización de recursos sanitarios.
- Analizar los datos descritos en relación con el coste y el impacto económico de los cuidados paliativos domiciliarios.
- Identificar los beneficios de los cuidados paliativos domiciliarios en términos de calidad de vida, control sintomático, satisfacción del paciente y la familia y preferencias asistenciales.
- Estimar la influencia de la enfermera gestora de casos en la coordinación asistencial, continuidad de cuidados y optimización de recursos sanitarios.

# 2. Metodología

## 2.1. Diseño del estudio y estrategias de búsqueda

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa consultando artículos científicos de las bases de datos: PubMed, Scielo y Web of Science.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero y abril de 2026, se inició el 28 de enero de 2026 y posteriormente fue revisada y actualizada el 25 de abril de 2026.

Para facilitar la búsqueda de evidencia científica relacionada con los objetivos de esta revisión, se formuló una pregunta en formato PICO.

En las diferentes búsquedas se incluyeron los siguientes descriptores: “Palliative Care”, “Home Care Service”, “Hospital-based”, “Health Expenditures”, “Cost-effectiveness Evaluation” y “Health Care Cost”.

Todos ellos incluidos en los tesauros MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), que se utilizan para organizar las búsquedas en el campo de la salud.

Se vincularon los términos con los operadores booleanos AND y OR. Para asegurar que las investigaciones trataran de coste económico, se hicieron tres asociaciones diferentes.

Esta revisión narrativa se elaboró siguiendo de manera parcial las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 con el objetivo de mejorar la transparencia y reproducibilidad metodológica.

Las estrategias de búsqueda se adaptaron de forma básica en cada base de datos.

**Tabla 3.** Ecuaciones de búsqueda.

| BASES DE DATOS | ECUACIÓN DE BÚSQUEDA |
|---|---|
| PubMed | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Expenditures” |
| | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Cost-effectiveness Evaluation” |
| | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Care Cost” |
| Scielo | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Expenditures” |
| | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Cost-effectiveness Evaluation” |
| | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Care Cost” |
| Web of Science | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Expenditures” |
| | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Cost-effectiveness Evaluation” |
| | “Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Care Cost” |

**Fuente:** Elaboración propia.

## 2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión en la búsqueda se definieron:

- Publicados entre 2020 y 2025.
- Acceso al texto completo.
- Idioma: inglés.
- > 19 años con enfermedad no transmisible: crónica, cáncer.

En cuanto a los criterios de exclusión, se rechazaron:

- Publicados antes del 2020.
- Sin acceso al texto completo.
- Otro idioma diferente al inglés.
- < 19 años con enfermedad aguda u otro tipo de enfermedad.

Además, se excluyeron del análisis los que no mostraran resultados que no fueran de EE. UU., Europa, Reino Unido o Australia y que no revelaran información sobre gastos/ahorro en unidad monetaria, % o cualquier otro dato.

La selección de los artículos fue realizada por una única revisora aplicando los criterios de inclusión y exclusión establecidos y posteriormente mediante lectura de título y resumen.

### 2.3. Resultados de las búsquedas

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las búsquedas realizadas en las diferentes bases de datos.

**Tabla 4.** Ecuaciones de búsqueda.

| BASES DE DATOS | RESULTADOS DE BÚSQUEDA | RESULTADOS |
|---|---|---|
| PubMed | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Expenditures" | 81 |
| | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Cost-effectiveness Evaluation" | 75 |
| | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Care Cost" | 466 |
| Scielo | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Expenditures" | 0 |
| | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Cost-effectiveness Evaluation" | 1 |
| | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Care Cost" | 8 |
| Web of Science | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Expenditures" | 163 |
| | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Cost-effectiveness Evaluation" | 65 |
| | "Palliative Care AND (Home Care Service OR Hospital-based) AND Health Care Cost" | 1237 |

**Fuente:** Elaboración propia.

### 2.4. Extracción y síntesis de datos

De cada publicación seleccionada se extrajo información relativa al autor, año de publicación, tipo de estudio, tamaño muestral, características de la intervención paliativa, utilización de recursos sanitarios, costes asociados y principales resultados clínicos y económicos.

Los datos obtenidos se organizaron y sintetizaron de forma narrativa y tabulada para facilitar la comparación e interpretación de los hallazgos incluidos en esta revisión **(Tabla 5,6 y 7)**.

### 2.5. Calidad metodológica y riesgo de sesgo

Se empleó la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España)[15] para valorar la calidad metodológica y aplicabilidad de los estudios incluidos. Debido al carácter narrativo de esta revisión y la heterogeneidad metodológica de los artículos seleccionados, no se aplicó ninguna herramienta específica para la evaluación formal del riesgo de sesgo (AMSTAR-2, ROBINS-I o CHEERS).

Tras su evaluación, se clasificaron de la siguiente forma:

**Tabla 6.** Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos mediante CASPe.

| AUTORES | TIPO DE ESTUDIO | MUESTRA | RIESGO DE SESGO | EVIDENCIA | RECOMENDACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. 2021 | Revisión sistemática | 4 ECA | MODERADO | ALTA | MODERADA |

| AUTORES | TIPO DE ESTUDIO | MUESTRA | RIESGO DE SESGO | EVIDENCIA | RECOMENDACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| González-Jaramillo V, Fuhrer V, González-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychmüller S, Maessen M.<br><br>2021 | Revisión sistemática | 20 artículos:<br>- 12 cohortes retrospectivos<br>- 5 cuasiexperimentales<br>- 3 ECA | BAJO-MODERADO | ALTA | ALTA |
| Maresova P, Hruška J, Randlova K, Rezny L, Carrillo-de-la-Peña MT, Kuca K.<br><br>2024 | Revisión sistemática | 22 artículos:<br>- 12 observacionales<br>- 1 ECA<br>- 1 cohorte<br>- 1 caso-control/comparativo<br>- 2 retrospectivos transversales<br>- 1 análisis retrospectivo<br>- 4 estudio coste-efectividad | MODERADO | ALTA | ALTA |
| Feliciano DR, Reis-Pina P.<br><br>2024 | Revisión sistemática | 9 artículos:<br>- 5 ECA<br>- 3 cohortes retrospectivos<br>- 1 estudio poblacional retrospectivo | BAJO-MODERADO | ALTA | ALTA |
| Gordon MJ, Le T, Lee EW, Gao A.<br><br>2022 | Estudio retrospectivo observacional | - 396 personas, grupo inscrito.<br>- 110 personas, atención habitual. | MODERADO | MEDIA | ALTA |
| Tarride JE et al.<br><br>2024 | Evaluación económica | Análisis de 5416 llamadas | MODERADO | ALTA | ALTA |
| Pask S et al.<br><br>2025 | Revisión sistemática | 66 artículos<br>-51 revisiones sistemáticas<br>- 6 revisiones narrativas con enfoque sistemático<br>- 9 Scoping reviews | MODERADO | ALTA | MODERADO |
| Bower KA, Hallock J, Li X, Kent T, Wardlow L.<br><br>2024 | Estudio retrospectivo observacional | - Grupo CPD: 570 miembros.<br>- Grupo Atención Habitual: 24311 miembros | MODERADO | MEDIA | MODERADO |
| Yadav S et al.<br><br>2020 | Revisión sistemática | 16 Artículos<br>- 13 cohortes retrospectivos<br>- 2 análisis secundarios de ECA<br>- 1 observacional prospectivo | MODERADO | ALTA | ALTA |
| Scheerens C et al.<br><br>2020 | Estudio cohorte retrospectivo | 58.527 pacientes | MODERADO | ALTA | ALTA |
| Luta X et al.<br><br>2021 | Scoping review | 43 revisiones sistemáticas | MODERADO | ALTA | ALTA |

**Fuente**: Elaboración propia.

### 2.6. Uso de la Inteligencia Artificial

En cumplimiento de las Directrices de la Universidad Complutense de Madrid para el uso responsable de herramientas de Inteligencia Artificial en Trabajos Fin de Grado, se empleó la herramienta ChatGPT-5.3 (OpenAI) como apoyo en la redacción, corrección lingüística, traducción y mejora de la estructuración del documento.

En ningún caso se utilizó para la generación de contenido científico original ni para la toma de decisiones en el análisis crítico de las publicaciones incluidas.

# 3. Resultados

## 3.1. Búsqueda bibliográfica

En total se encontraron 2096 artículos entre las 3 bases de datos consultadas; tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 1751, reduciéndose la búsqueda a 345 publicaciones.

De las cuales se excluyen:

- 3 por estar duplicados en las diferentes bases de datos.
- 325 tras la lectura del título.
- 6 tras la lectura del resumen.

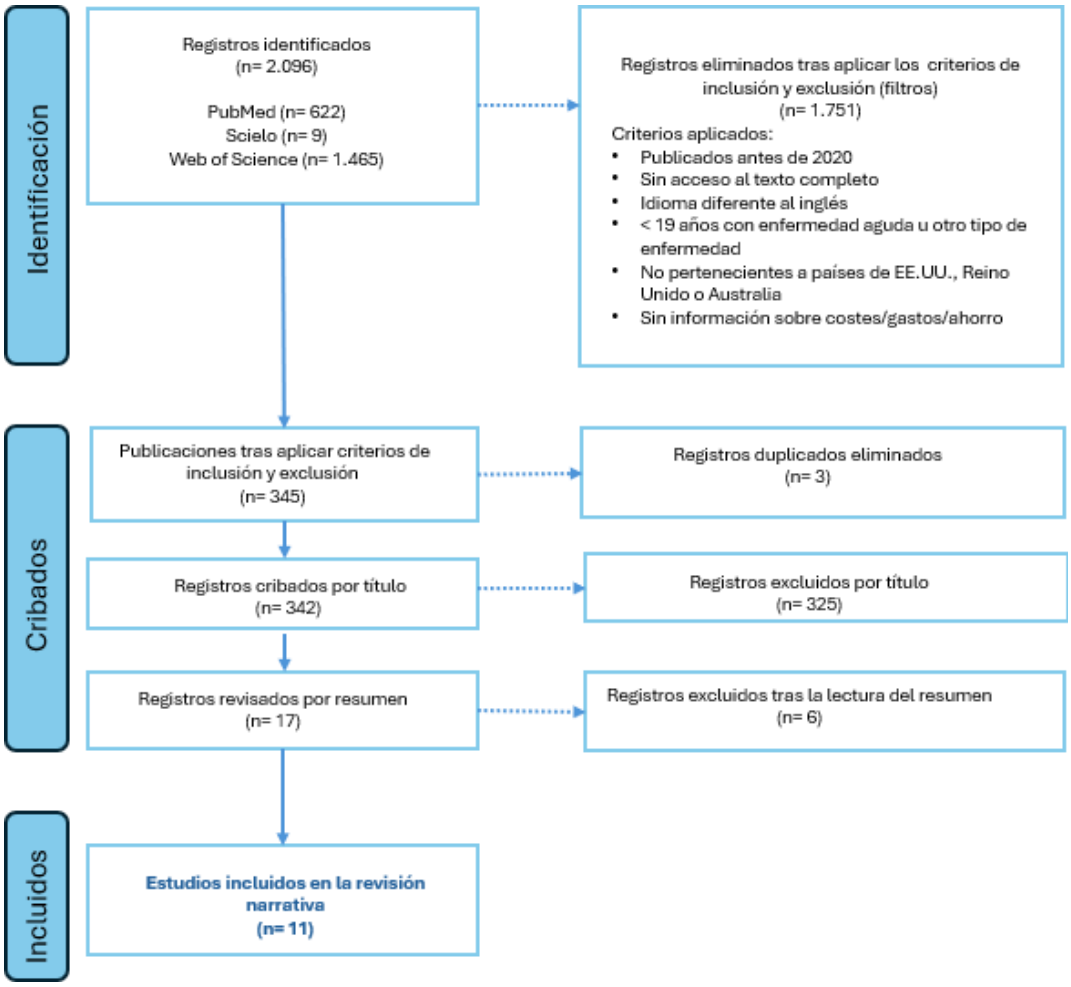
Para la identificación de los duplicados y organización de la bibliografía se utilizó el gestor bibliográfico Mendeley.

Los 11 restantes fueron seleccionados e incluidos finalmente en el análisis, por dar respuesta a los objetivos de este trabajo.

Se elaboró un diagrama de flujo adaptado de PRISMA 2020[16] para representar el proceso de selección de estudios (**Figura 3**).

También se usaron otras 18 fuentes de búsqueda libre dentro del documento.

**Fig. 3**.. Identificación de estudios a través de bases de datos.




**Fuente:** Elaboración propia, datos Diagrama PRISMA 2020.

### 3.2. Características de los estudios incluidos

Se incluyeron 11 estudios, de los cuales se identificaron revisiones sistemáticas (n=6), estudios retrospectivos observacionales (n=2), estudios de cohorte retrospectivos (n=1), scoping review (n=1) y evaluaciones económicas (n=1). El análisis de los resultados de los estudios incluidos se muestra en la **Tabla 5 (ANEXOS).**

Las revisiones sistemáticas[17-20,23,25] y el Scoping review[27] examinaron el coste-efectividad de la atención paliativa domiciliaria en comparación con la atención paliativa hospitalaria o de cualquier otra índole.

La evaluación económica[22] describió el coste-beneficio y coste-utilidad de los CPD como una medida de reducción de gastos de atención en el servicio de urgencias y hospitalización.

Los retrospectivos observacionales[21,24] revisaron costes de la atención paliativa en el domicilio frente a la atención en el hospital.

El cohorte retrospectivo[26] evaluó el impacto de los CPD sobre el uso de los recursos sanitarios.

En conjunto, los artículos abordaron variables como la predilección en el tipo de atención, la satisfacción de paciente y familia, la preferencia en el lugar de fallecimiento, el uso de los servicios sanitarios y los costes asociados.

En 9 de ellos[17,18,20-24,26,27] se evidenció la importancia de la existencia de un equipo multidisciplinar para abordar la atención paliativa en domicilio; en uno de ellos[19] se menciona únicamente la intervención del médico y la enfermera y solamente en uno[25] no se hace referencia a este dato.

### 3.3. Lugar de fallecimiento y satisfacción del paciente

La mayoría de las publicaciones revelan que, cuando se brindan CPD, aumenta la posibilidad de fallecer en el lugar de residencia[17-23,26,27]. Las personas que no mueren en casa es por no tener acceso a este tipo de tratamiento. Según González-Jaramillo V. et al., esta tendencia va en aumento, ya que el número de pacientes que perecen en el hogar se duplica frente a los que reciben CP tradicionales.

Igualmente, los hallazgos acerca de la satisfacción sobre la atención recibida durante el periodo en el que paciente y familia permanecieron en el servicio de CPD[17,19,21-24,26], presentan una patrón positivo y ascendente. Siendo la tónica general la elección de este tipo de CP en la última etapa de la enfermedad.

### 3.4. Calidad de vida y control sintomatológico

En 8 de los 11 trabajos incluidos en esta revisión narrativa se identificó una mejora en la calidad de vida[17,19,20,22-27]. Esta mejora va asociada a la disminución de los ingresos hospitalarios y las visitas a los servicios de urgencias. Solo dos de ellas han medido el coste-utilidad de los CPD y CPH[18,21].

En la Revisión Sistemática realizada por Maresova P et al. (2024) se mide la calidad de vida mediante el cuestionario QLQ-C15-PAL; el análisis muestra una influencia favorable de los CPD en la calidad de vida de los pacientes.

En la Evaluación Económica de Tarride JE et al. (2024), se observó un aumento de la calidad de vida por cada llamada realizada al programa de apoyo que los paramédicos brindan a las personas que reciben CPD. Los resultados fueron un 0,00069 de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) [Intervalo de Confianza (IC) del 95%] por llamada, lo que se traduce en unas 6 h de salud perfecta.

En cuanto a la sintomatología, los estudios que valoran el control sintomatológico de la enfermedad coinciden con los que abordan la mejora en la calidad de vida. Algunos de ellos se centran en el control del dolor y los síntomas específicos de cada ENT[17,19,120,24,26,27]. Maresova P et al. (2024) y Scheerens et al. (2020) describen tratamientos eficaces para controlar el dolor y mejorar la salud física y mental como una manera de mejorar la calidad de vida.

En diversos análisis se examina la mejora de síntomas psicológicos[17,19,20,22,24-26], como la depresión, asociados a la enfermedad terminal mediante los CPD.

### 3.5. Ingresos hospitalarios y uso de los recursos sanitarios

Tras realizar la lectura completa de los artículos incluidos en esta revisión narrativa, se observó que la incorporación de los CPD reduce los ingresos hospitalarios, la duración de la hospitalización, el uso de los servicios de urgencias y las visitas a las consultas médicas[17-20,22,24,25-27]. Los que no nombran la disminución del uso de los recursos sanitarios únicamente hablan de la reducción de costes en la atención en dichos lugares[21,23].

Scheerens et al. (2020) y Luta et al. (2021) evidencian que mediante los CPD descienden las intervenciones invasivas.

La Revisión Sistemática realizada por Feliciano DR et al. (2024), además, aborda el menor uso de los recursos sanitarios, como son las llamadas y las recetas administradas por los profesionales.

### 3.6. Costes sanitarios

La mayoría de los artículos de esta revisión narrativa describen una caída en los costes asociados a la atención en los CPD frente a los CPH**.** Algunos[20,23,24,27] solo nombran que hay atenuación de gastos en atención y utilización de recursos relacionada con el menor uso de estos.

Con el fin de facilitar la comparación entre los trabajos realizados en diferentes países, los costes expresados en distintas divisas fueron convertidos a euros (€) utilizando el tipo de cambio aproximado vigente en el momento de la elaboración de esta revisión, realizándose únicamente con finalidad comparativa e interpretativa.

- **Shepperd S et al. (2021)**
  - Gastos promedio:
    - CPD: 3.033,69 €
    - CP: 3.705,13 €

    } **DIFERENCIA ESTIMADA: 671,44 €**
  - Gastos promedio general (ajustado por supervivencia, edad y gravedad de la enfermedad)
    - CPD: 11.048,24 €
    - CP: 17.633,58 €

    } **DIFERENCIA ESTIMADA: 6.585,34 €**
- **González-Jaramillo V et al. (2021)**
  - Costo promedio general en salud
    - CPD: 702,82 €
    - CP: 2.016,29 €

    } **DIFERENCIA ESTIMADA: 1.313,47 €**
- **Maresova P et al. (2024)**: Se realiza estimación media de los costos promedio general en salud:
  - CPD: 5.124 €
  - CP: 8.304 €

  } **DIFERENCIA ESTIMADA: 3.180 €**
- **Gordon MJ et al. (2022)**
  - Coste anual por miembro CPD: 106.965,90 €
  - Coste anual por miembro CP: 128.468,15 €

  } **DIFERENCIA ESTIMADA: 21.502,25 €**
- **Tarride JE et al. (2024)**: Analiza la reducción de los costes de atención y hospitalización como resultado de la implantación de un programa de CPD, en el que se evalúa el ahorro por llamada para inscribirse al servicio. La reducción del gasto se estimó en 1.735,07 €.
- **Yadav S et al. (2020)** observó una reducción en los costes en la atención domiciliaria que oscilaron entre 101,97 € y 348,61 € por día.
- **Scheerens et al. (2020)**

- Costo promedio total de hospitalización:
  - CPD: 2.492 € (IC 95%, 2.142-2.841 €)
  - CP**:** 5.583 € (IC 95%, 5.526-5.641 €)

  } **DIFERENCIA ESTIMADA: 3.091 €**
- Costo promedio total de atención médica:
  - 5.034 € (IC del 95% 4.703-5.364 €)
  - 6.603 € (IC del 95% 6.546-6.659 €)

  } **DIFERENCIA ESTIMADA: 1.569 €**

### 3.7. Equipo de atención sanitaria

Todos los artículos hacen referencia a la presencia, en la atención de las personas incluidas en los programas de atención paliativa domiciliaria, de la figura del médico y la enfermera.

La importancia de este tipo de cuidados reside en la integración de un equipo multidisciplinar[17,18,20,23-27] para lograr la calidad asistencial y dar cobertura a las necesidades del paciente, cuidador y familia.

### 3.8. Enfermera gestora de casos

De los 11 estudios analizados, 8 de ellos hablan de la figura de la enfermera especialista dentro del equipo multidisciplinar[17,18,20,21,23,24,26,27]**;** en algunos de estos, además, se hace referencia al papel de la enfermera de distrito[17,23]**.** Los realizados por Gordon MJ et al. (2020), Yadav S et al. (2020) y Luta X et al. (2021) hacen mención expresa a la presencia de la EGC en el equipo de atención de CPD.

## 4. Discusión

Esta revisión se llevó a cabo con el objetivo de evaluar el impacto económico y la reducción de costes de los CPD, así como la disminución de los gastos asociados a las intervenciones efectuadas en la atención en el hogar frente a los cuidados brindados de forma habitual.

Los resultados obtenidos han mostrado que los CPD tienden a reducir los gastos derivados de la atención a estos pacientes, puesto que disminuyen los ingresos hospitalarios, la estancia media de los mismos, la asistencia a las consultas y las visitas a urgencias. Incluso cuando los gastos ambulatorios aumentan por el mayor consumo de este tipo de recursos, el ahorro en costes se mantiene[19].

De la misma forma, la existencia de la telemedicina dentro del servicio de CPD evidencia una disminución de costos en la atención. Los datos obtenidos sobre la asistencia sanitaria telefónica en el domicilio por el personal de CP hablan de ahorro en traslados hospitalarios y uso de los servicios de urgencias; incluso cuando el propio equipo actúa en el hogar del peticionario, estos costes por traslado del personal siguen siendo menores.

Los estudios que abordaron el desembolso derivado del consumo en productos de farmacia constatan una optimización de los recursos asociados al control sintomatológico del dolor; llegando, incluso, a hacer referencia al citrato de fentanilo sublingual como una alternativa asociada a resultados positivos en términos de coste y AVAC[19]. En otro de los artículos incluidos se menciona una disminución en el empleo de sedantes y un aumento del uso de opioides, en concreto la morfina; donde se observó una mejora de los síntomas de la enfermedad y una reducción de costes en los tratamientos farmacológicos[26].

En el único trabajo en el que se consideraron gastos de laboratorio[25], los resultados seguían la misma tendencia ahorradora en los costes.

Otro punto que destacar es la preferencia de pacientes y familia a recibir atención en el domicilio, ya que mejora el bienestar de estos al no tener que realizar los continuos desplazamientos a los servicios de salud para realizar el seguimiento y atención de la enfermedad. Además, este bienestar está relacionado con la efectividad sintomatológica y calidad de vida que ofrecen los CPD, evidenciando una mejora significativa tanto del control sintomatológico como de la calidad de vida.

La literatura examinada muestra cómo los CPD ofrecen no solo los beneficios clínicos anteriormente citados; además, aumentan la satisfacción del paciente y familia y la probabilidad de fallecer en el hogar, en consonancia con sus preferencias. Estos servicios permiten una atención personalizada, reducen la carga de intervenciones innecesarias y mejoran la coordinación entre niveles asistenciales[28].

### 4.1 Implicaciones para la gestión sanitaria

Dado el envejecimiento de la población y el aumento de las ENT, el gasto sanitario se ha visto incrementado en las últimas décadas por el mayor consumo de los recursos sanitarios.

El informe del Ministerio de Sanidad, realizado en 2023 y editado en el año 2025, sobre consumo en sanidad en España, evidencia que el coste en servicios hospitalarios y especializados representa el 62,1% del gasto consolidado del sector, y experimentó un incremento de un 6,6% respecto al año anterior[29]. A esto hay que sumarle un 13,9% por el uso de los servicios primarios de salud.

En total, se estima que el gasto sanitario público consolidado del sector supuso 91.004 millones de euros, lo que representa el 6,1 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB); el gasto per cápita medio fue de 1.890 euros por habitante[29].

Las ENT suponen más del 83,6% de las muertes en España[4], lo que indica que un tanto por ciento elevado de la población requerirá el uso de los CP en algún momento de la enfermedad y del consumo de los recursos sanitarios asociados a los mismos.

Si se hace uso de la PCS y de los modelos de predicción clínica de forma temprana y eficaz, se puede incluir a los pacientes en el sistema de atención paliativa domiciliaria de forma precoz y conseguir:

- Disminuir los gastos de hospitalización, pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas y de laboratorio que no aportan beneficio al paciente.
- Reducir la carga asistencial en el SNS liberando las unidades hospitalarias y reduciendo la saturación de los servicios de urgencias.
- Mitigar el desgaste en los equipos sanitarios por la presión asistencial e incremento del volumen de pacientes, logrando combatir el síndrome de burnout.
- Mejorar la eficiencia de los recursos, tratamientos y atención.
- Implementar un sistema de formación para los profesionales implicados en la atención y cuidados para lograr captar a los potenciales beneficiarios de este servicio.
- Formar a los profesionales para brindar unos CP de calidad a pacientes y familia.
- Hacer uso de la interdisciplinariedad entre el equipo de trabajo, haciendo partícipes del proceso de toma de decisiones a paciente y familia en los CP.

### 4.2 Implicaciones de la práctica enfermera

La enfermería tiene un papel importante en los CP, ya que se encarga de detectar a quien requiere de este tipo de cuidados y elaborar un plan de intervención adaptado a cada situación, ofreciendo una atención integral y un seguimiento periódico[30].

Además de las funciones anteriormente descritas, las enfermeras tienen un papel protagonista como gestoras de casos.

Según el Consejo General de Enfermería: "La gestión de casos es una modalidad de atención dirigida a personas, en cualquier etapa de la vida, con enfermedad crónica compleja o avanzada y necesidad de cuidados de alta intensidad, así como a las personas que les cuidan, con el objetivo de garantizar la continuidad del plan asistencial y los cuidados transicionales, favoreciendo la coordinación e integración de múltiples profesionales y servicios".

Ha de planificar y coordinar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, principalmente en el área de APS, especialmente aquellos casos más complejos que requieren una mejor coordinación del sistema sanitario[14].

Los objetivos de la EGC[14] relacionados con el objeto principal de esta revisión narrativa se basan en:

- Promover una atención de calidad, segura y eficiente.
- Asegurar intervenciones que reduzcan la frecuentación en los centros y la tasa de reingresos de la población diana.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de recursos de apoyo al cuidado.

Tras observar estos objetivos, se puede decir que la figura de la EGC en pacientes pertenecientes al sistema de los CPD es un agente cualificado para lograr reducir los costes asociados a la atención sanitaria de estos.

Además, se ha evidenciado que su intervención consigue reducir la estancia media hospitalaria y el número de reingresos, suponiendo un ahorro para el sistema sanitario[14].

Por último, cabe destacar que uno de los objetivos específicos más importantes recogido dentro del marco de competencias de las/los enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad es que estos profesionales sean referentes dentro del equipo multidisciplinar de atención del paciente complejo.

### 4.3 Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones de esta revisión narrativa, es oportuno resaltar que, al contener la búsqueda varias revisiones, muchos de los estudios incluidos en ellas eran de años anteriores al período temporal establecido en los criterios de inclusión.

Se detectaron coincidencias entre algunos estudios primarios y las revisiones incluidas. Se tuvo en cuenta el riesgo de solapamiento de evidencia en la interpretación de los resultados.

Al no realizarse una evaluación formal del riesgo de sesgo mediante las herramientas específicas para tal fin, hay una limitación metodológica ligada al carácter narrativo de la revisión.

La heterogeneidad de los artículos incluidos en materia metodológica, clínica y económica dificultó la comparación directa de los resultados, limitando la extrapolación de los hallazgos al SNS.

Teniendo en cuenta el contenido de las diferentes investigaciones empleadas para realizar esta revisión narrativa bibliográfica, se han encontrado las siguientes limitaciones:

- No se consideran los gastos indirectos e informales de la atención sanitaria: bajas laborales, reducciones de jornada.
- No se aborda qué reducción de costes es sufragada por el cuidador/familia.
- No hay datos de los costes asociados a la atención en el mundo rural o núcleos urbanos pequeños y la falta de atención 24 h en los mismos.
- Los estudios engloban costes y ahorro de diferentes modelos sanitarios y diferentes zonas geográficas, no pudiendo extrapolar esos datos al SNS.

En contraste, las fortalezas de esta revisión residen en los datos arrojados por el documento del Consejo General de Enfermería de España, en el que se dan a conocer las habilidades gestoras y directivas de las enfermeras/os para la identificación y gestión de recursos sanitarios, socio-sanitarios y comunitarios que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes y cuidadores[14].

### 4.4 Futuras líneas de investigación

Es necesario realizar más evaluaciones económicas que analicen el consumo de los recursos sanitarios dentro de los CPD y que se ponga de manifiesto el ahorro dentro de los diferentes modelos sanitarios.

De la misma forma, las futuras líneas de investigación han de identificar qué ahorro va en detrimento de la economía familiar y buscar alternativas para que ese gasto no lo sufrague el paciente.

Por último, se sugiere evidenciar si los resultados positivos que se hacen patentes en la satisfacción y bienestar del paciente que recibe CPD van en consonancia con el bienestar del cuidador.

### 4.5 Síntesis de la evidencia

Para facilitar la interpretación de los resultados obtenidos, se realiza una tabla que sintetiza la evidencia de los hallazgos más relevantes de los artículos estudiados.

**Tabla 7.** Síntesis de la evidencia sobre el impacto económico de los CPD.

| AUTORES | TIPO DE ESTUDIO | HALLAZGO PRINCIPAL | IMPACTO ECONÓMICO |
|---|---|---|---|
| Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B.<br><br>2021 | Revisión sistemática | - ↑ fallecimientos en domicilio<br>- ↓ hospitalizaciones | ↓ costes |
| González-Jaramillo V, Fuhrer V, González-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychmüller S, Maessen M.<br><br>2021 | Revisión sistemática | - ↑ fallecimientos en domicilio<br>- ↓ hospitalizaciones<br>- ↓ uso de servicios sanitarios | ↓ coste |
| Maresova P, Hruška J, Randlova K, Rezny L, Carrillo-de-la-Peña MT, Kuca K.<br><br>2024 | Revisión sistemática | - ↑ fallecimientos en domicilio<br>- ↓ hospitalizaciones<br>- ↓ uso de servicios sanitarios | ↓ costes |
| Feliciano DR, Reis-Pina P.<br><br>2024 | Revisión sistemática | - ↑ fallecimientos en domicilio<br>- ↓ hospitalizaciones<br>- ↓ uso de servicios sanitarios | ↓ costes |

| AUTORES | TIPO DE ESTUDIO | HALLAZGO PRINCIPAL | IMPACTO ECONÓMICO |
|---|---|---|---|
| Gordon MJ, Le T, Lee EW, Gao A.<br><br>2022 | Estudio retrospectivo observacional | ↑ fallecimientos en domicilio | ↓ coste anual |
| Tarride JE et al.<br><br>2024 | Evaluación económica | - ↑ fallecimientos en domicilio<br>- teleasistencia útil<br>- ↓ uso de servicios sanitarios | - ↓ gasto transporte<br>- ↓ uso servicio urgencias |
| Pask S et al.<br><br>2025 | Revisión sistemática | - ↑ fallecimientos en domicilio<br>- telemedicina efectiva | costes CPD menores que CPH |
| Bower KA, Hallock J, Li X, Kent T, Wardlow L.<br><br>2024 | Estudio observacional retrospectivo | - telemedicina efectiva<br>- ↓ hospitalizaciones<br>- ↓ uso de servicios sanitarios | coste total por mes CPD menor que CPH |
| Yadav S et al.<br><br>2020 | Revisión sistemática | - ↓ hospitalizaciones<br>- ↓ uso de servicios sanitarios<br>- ↓ uso recursos sanitarios | ↓ costes atención por paciente |
| Scheerens C et al.<br><br>2020 | Estudio cohorte retrospectivo | - ↑ fallecimiento domicilio<br>- ↓ hospitalización<br>- ↓ uso de servicios sanitarios<br>- ↓ uso recursos sanitarios | ↓ costes |
| Luta X et al.<br><br>2021 | Scoping review | -<br>- ↑ fallecimiento domicilio<br>- ↓ uso recursos | ↓ costes |

**Fuente**: Elaboración propia.

## 5. Conclusiones

La implementación de los CPD es una estrategia para mantener la sostenibilidad de los sistemas de salud. Los hallazgos identificados en esta revisión narrativa sugieren una tendencia hacia una reducción en los costes asociados a la atención a los pacientes con ENT en su domicilio debido a la disminución del consumo de los recursos sanitarios como consecuencia principalmente de la reducción de los ingresos hospitalarios, las estancias prolongadas, los ingresos en UCI, la asistencia a consultas y al servicio de urgencias.

Además del impacto económico, los CPD contribuyen a la mejora de la calidad de vida, el control sintomático y la satisfacción por la atención recibida, llegando a convertirse en los cuidados de preferencia dentro del núcleo familiar. Así mismo, al incluir al paciente y familia en la toma de decisiones, se reducen las intervenciones innecesarias, mejorando la comodidad del paciente y aumentando la probabilidad de que fallezca en el domicilio.

Cabe destacar el papel fundamental de la EGC como coordinadora asistencial, favoreciendo la continuidad de los cuidados y optimizando los recursos sanitarios para contribuir a poder mantener la sostenibilidad del sistema sanitario.

Es importante señalar que la EGC es un profesional que requiere de conocimientos, habilidades y destrezas específicas que garanticen el desempeño de su rol. Para ello, es necesario establecer una formación regulada y reglada dentro de las universidades, como formación de posgrado, con el fin de que estos profesionales puedan desarrollar de manera autónoma y eficiente todas las funciones de su marco competencial.

En definitiva, los CPD no solo mejoran la calidad asistencial, sino que además pueden contribuir a mejorar la eficiencia del sistema sanitario; por tanto, es necesaria su integración temprana en la atención a los pacientes que padecen enfermedad crónica avanzada.

## 8. Bibliografía


1. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 2026 Feb 2]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/b/58923

2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 1997 [citado 2026 Feb 1]. Disponible en: https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/

3. St Christopher Hospice. Dame Cicely Saunders [Internet]. Londres: St Christopher Hospice; 2023 [citado 2026 Feb 1]. Disponible en: https://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/

4. Ministerio de Sanidad. Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 2026 Feb 8]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/Informe_estrategia_paliativos._Accesible.pdf

5. García Boillos V, Hermoso Lorite P, Mateo Guisado A, Mógica Catalán N, Muñoz Carrascal A, Ruiz Magaña V. Personal de enfermería expone una revisión bibliográfica sobre los diferentes tipos de cuidados paliativos. Rev Sanit Investig [Internet]. 2023 [citado 2026 Feb 15];5. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/personal-de-enfermeria-expone-una-revision-bibliografica-sobre-los-diferentes-tipos-de-cuidados-paliativo

6. Lalanda M, Ramos D. Vivir hasta el final. Madrid: Editorial ConCiencia; 2025.

7. Organización Mundial de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 2026 Feb 2]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019

8. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones mensuales por causas por sexo [Internet]. Madrid: INE; 2025 [citado 2026 Feb 2]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=78793

9. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2026 Feb 8]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

10. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2026 Feb 8]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e97e93a2-ddb4-408a-a77f-108b22358f7d/content

11. Fisterra. Guía clínica de control de síntomas en cuidados paliativos [Internet]. [citado 2026 Feb 15]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/

12. Benítez-Rosario MA, Alonso Babarro A, González Guillermo T. Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 2023 [citado 2026 Feb 15]. Disponible en: https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023.pdf

13. Catalá-López F, Ridao M. Mejorar la transparencia y la credibilidad de los análisis coste-efectividad de las intervenciones sanitarias. Rev Esp Salud Publica. 2016;90:e10001.

**14.** Consejo General de Enfermería. Marco de competencias de las enfermeras gestoras de casos [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2021 [citado 2026 Feb 15]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021

**15.** Red CASPe. Materiales [Internet]. [citado 2026 Abr 25]. Disponible en: https://redcaspe.org/materiales/

**16.** Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

**17.** Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev. 2021;2021(3):CD009231. doi:10.1002/14651858.CD009231.pub3

**18.** Gonzalez-Jaramillo V, Fuhrer V, Gonzalez-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychmüller S, Maessen M. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: a systematic review. Palliat Support Care. 2021;19(4):474–487. doi:10.1017/S1478951520001315

**19.** Maresova P, Kuca K, Hruška J, Randlova K, Rezny L, Carrillo-de-la-Peña MT. Systematic review of the cost-effectiveness of home-based palliative care interventions in patients with cancer. Cancer Manag Res. 2024;16:1155–1174. doi:10.2147/CMAR.S472649

**20.** Feliciano DR, Reis-Pina P. Enhancing end-of-life care with home-based palliative interventions: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2024;68(5):e356–e372. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.07.005

**21.** Gordon MJ, Le T, Lee EW, Gao A. Home palliative care savings. J Palliat Med. 2022;25(4):591–595. doi:10.1089/jpm.2021.0142

**22.** Tarride JE, Stennett D, Coronado AC, Moxam RS, Yong JHE, Carter AJE, et al. Economic evaluation of paramedics and palliative care program. Can J Emerg Med. 2024;26(9):671–680. doi:10.1007/s43678-024-00738-9

**23.** Pask S, Okwuosa C, Mohamed A, Price R, Young J, Curtis T, et al. Models of palliative care at home: umbrella review. Palliat Med. 2025;39(10):1037–1062. doi:10.1177/02692163251362567

**24.** Bower KA, Hallock J, Li X, Kent T, Wardlow L. Cost and utilization of home-based palliative care. J Palliat Med. 2024;27(4):464–470. doi:10.1089/jpm.2023.0401

**25.** Yadav S, Heller IW, Schaefer N, Salloum RG, Kittelson SM, Wilkie DJ, Huo J. Health care cost of palliative care for cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2020;28(10):4561–4573. doi:10.1007/s00520-020-05512-y

**26.** Scheerens C, Faes K, Pype P, Beernaert K, Joos G, Derom E, et al. Earlier palliative home care and cost reduction. Eur Respir J. 2020;55:1901139. doi:10.1183/13993003.01139-2019

**27.** Luta X, Ottino B, Hall P, Bowden J, Wee B, Droney J, et al. Economic value of palliative care interventions. BMC Palliat Care. 2021;20:89. doi:10.1186/s12904-021-00782-7

**28.** Aguilar Baines P, Mas Álvarez A, Iglesias Constante SM, Pérez Gamazo V, Mimbrera Jericó M, Lacasa Viscasillas ST. Cuidados paliativos domiciliarios: retos y oportunidades. Rev Sanit Investig [Internet]. 2025 [citado 2026 Abr 2];6(6). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-paliativos-domiciliarios-retos-y-oportunidades

**29.** Ministerio de Sanidad. Estadística de gasto sanitario público 2023: principales resultados [Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Sanidad, Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia; 2025 [citado 2026 abril 2]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf

**30.** Carmona Álvarez C, Lafontana Gracia V, Mateo Almudévar C, Moreno Apellaniz N, Almazán Fernández S, Becerril Marín A. El papel de enfermería en los cuidados paliativos. Rev Sanit Investig [Internet]. 2023 [citado 2026 Abr 2]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-papel-de-enfermeria-en-los-cuidados-paliativos/

## ANEXOS

**Tabla 1**. Unidades de CP por CCAA

| CCAA | TIPOS DE UNIDADES |
|---|---|
| ANDALUCIA | UCP y ESCP |
| ARAGON | ESAD y HC |
| PRINCIPADO DE ASTURIAS | ESAD, UHD, UDCP y UCP |
| ISLAS BALEARES | ESAD y UCP |
| CANARIAS | UCPD, UCPH y UCP |
| CANTABRIA | EDAP, ESAD y UDP |
| CASTILLA Y LEON | ESAD, ECPD, EHD y UHCP |
| CASTILLA LA MANCHA | ESAD y UHCP |
| CATALUÑA | UCPME-P , ME-CP, UFISS-CP, UFISS-MIX, EAIA-CP, EAIA-POL y PADES |
| COMUNIDAD VALENCIANA | ED y UCP |
| EXTREMADURA | UCP y SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (112) |
| GALICIA | ESCP y UCP |
| COMUNIDAD DE MADRID | ESAD, ESHUCP, UCP MyLE, UCPD AECC y UCPP |
| REGION DE MURCIA | ESAD y ESAH |
| COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA | ESAD y UH |
| PAÍS VASCO | HAD y UCP |
| LA RIOJA | UCP y Equipos de soporte domiciliario |
| CEUTA | ECPD |
| MELILLA | UDCP |

UCP: Unidad de CP
ESCP: Equipo de Soporte de CP
ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
HC: Unidad de hospitalización de convalecencia
ESAD: Equipo de Soporte de Atención Primaria
UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio
UDCP: Unidad Domiciliarios de CP
UCP: Unidad de CP
UCPH : Unidad de CP Hospitalario
EDAP: Equipo Domiciliario de Atención Paliativa
UDP: Unidad Domiciliaria de CP
EHD: Equipo de Hospitalización a Domicilio
UCPME-P : Media Estancia Polivalentes
ME-CP: Media Estancia CP
UFISS-CP : Unidades Funcionales Interdisciplinarias sociosanitarias para CP
UFISS-MIX : Unidades Funcionales Interdisciplinarias sociosanitarias Mixtas
EAIA-CP: Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria para CP
EAIA-POL: Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria Polivalentes
PADES: Programa de atención domiciliaria equipos de soporte
ED: Equipo Domiciliario
ESH: Equipo de Soporte Hospitalario
UCP: Unidad de Camas Paliativas
UCP MyLE: Unidad de CP de Media y Larga Estancia
UCPD AECC: Unidad de CP Domiciliarios de la Asociación española contra el cáncer
UCPP: Unidad de Cuidados Paliativos Pediátrica
HAD: Servicios de Hospitalización a Domicilio

Fuente: Elaboración propia tras consultar SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS.

**Tabla 2**. Guía para realizar la estimación clínica de supervivencia

| EVALUAR EN EL PACIENTE | ESCALA | FACTORES ASOCIADOS CON PEOR PRONÓSTICO |
|---|---|---|
| **Situación funcional** | IK, PPS, ECOG, escalas geriátricas (Índice de Barthel, Índice de Katz o de Lawton-Brody) | Menor funcionalidad Pérdida de funcionalidad ≥30% en dos momentos* |
| **Síntomas** | ESAS Puede ser útil hacerlo en momentos evolutivos distintos** | Mayor intensidad y carga sintomática |
| **Exploración física** | Edemas, frecuencia cardíaca (FC) | Mayor intensidad de edemas y elevada FC |
| **Situación cognitiva** | Cuestionario de Pfeiffer, delirium (CAM, MDAS) | Mayor deterioro cognitivo y MDAS >7 |
| **Situación nutricional** | VGS, MNA | Mayor desnutrición, caquexia avanzada |
| **Alteración analítica** | Leucocitos, linfocitos, Na, PCR, LDH, albúmina. | hiponatremia, hipernatremia, aumento de PCR y LDH e hipoalbuminemia |

*En la primera valoración y a las dos semanas o en el mes previo y al ingreso.

**La valoración repetida de la intensidad del síntoma en distintos momentos mejora la estimación pronóstica.

***Carga sintomática: la suma de todos los síntomas del ESAS, excepto el insomnio. IK: Índice de Karnofsky; PPS: Palliative Performance Scale; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; ESAS: Edmonton Symptom Assessment System; CAM: Confusion Assessment Method; MDAS: Memorial Delirium Assessment Scale; VGS: Valoración Global Subjetiva; MNA: Mini Nutritional Assessment.

**Fuente**: Elaboración propia tras consultar "PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS"

**Tabla 5**. Análisis de los resultados.

| **Resultados** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Artículo** | **Objetivo** | **Diseño** | **Tamaño muestral** | **Conclusiones** |
| Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC , Straus SE , Wee B.<br><br>2021 | Comparación entre CP domiciliarios y hospitalarios o de hospicio para determinar los resultados clínicos y los costes. | Revisión sistemática | 4 artículos | Los CPD aumentan el número de personas que fallecerán en el hogar y reducen hospitalizaciones. |
| González-Jaramillo V, Fuhrer V, González-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychmüller S, Maessen M.<br><br>2021 | Evaluar la efectividad de los CP domiciliarios en la reducción de las visitas al hospital y si reducen el costo de la atención médica. | Revisión sistemática | 21 artículos | Los CP redujeron el número de visitas hospitalarias, su duración, los costes de hospitalización y los de atención médica. |
| Maresova P, Hruška J, Randlova K, Rezny L, Carrillo-de-la-Peña MT, Kuca K.<br><br>2024 | Describir el coste-efectividad de los CP domiciliarios incluyendo costes directos e indirectos, así como las diferentes opciones de atención afectan la calidad de vida. | Revisión sistemática | 22 artículos | Los CPD especializados, las intervenciones psicológicas y los servicios ambulatorios contribuyen al ahorro general de costos. |
| Feliciano DR, Reis-Pina P.<br><br>2024 | Evaluar el impacto de las intervenciones de CP domiciliarios en el manejo de los síntomas, la calidad de vida, la utilización de los recursos de atención médica y el lugar de muerte. | Revisión sistemática | 9 artículos | Los CPD contribuyen a una mejor calidad de vida. Se asocian con una reducción en la utilización de la atención médica. |
| Gordon MJ, Le T, Lee EW, Gao A.<br><br>2022 | Determinar si los costos de atención médica disminuyen en un programa de CP domiciliarios. | Estudio retrospectivo observacional | - 396 personas grupo inscrito.<br>- 110 personas grupo atención habitual. | Los CPD reducen los costos médicos totales en un 16,7 % durante un año. |
| Tarride JE et al.<br><br>2024 | Evaluación económica del Programa de apoyo que los paramédicos brindan a las personas que reciben CP en el hogar en comparación con la situación actual. | Evaluación económica | Análisis de 5416 llamadas para recibir apoyo paramédico en el hogar de personas con CP domiciliarios. | Programa rentable, respaldando la implementación de programas de CPD. |
| Pask S et al.<br><br>2025 | Analizar los modelos de CP al final de la vida para adultos que viven en sus hogares, y examinar los componentes de estos modelos y su asociación con los resultados. | Revisión sistemática | 66 artículos | La prestación de CPD muestra un efecto positivo en la evolución de los pacientes. |

| Artículo | Objetivo | Diseño | Tamaño muestral | Conclusiones |
|---|---|---|---|---|
| Bower KA, Hallock J, Li X, Kent T, Wardlow L.<br><br>2024 | Comparar la utilización de hospitales y departamentos de emergencia, así como los costos y la mortalidad de las personas que reciben CP domiciliarios frente a la atención habitual. | Estudio retrospectivo observacional | - Grupo CPD: 570 miembros.<br>- Grupo de Atención Habitual: 24311 miembros. | Reducción de uso y costes en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. |
| Yadav S et al.<br><br>2020 | Evaluar las diferencias en los costos de los diferentes modelos de prestación de CP. Identificar y resumir la mejor evidencia sobre los costos asociados a los CP. | Revisión sistemática | 16 artículos | Recibir CP se asoció con menores costos para los pacientes. Existen diferencias notables en el ahorro de costos entre los diferentes modelos de CP. |
| Scheerens C et al.<br><br>2020 | Evaluar el impacto de los CP domiciliarios en el uso de recursos y costes al final de la vida. | Estudio cohorte retrospectivo | 58.527 pacientes | Los CPD mejoran la calidad de vida y pueden reducir costes al evitar hospitalizaciones innecesarias. |
| Luta X et al.<br><br>2021 | Evaluar la evidencia sobre el valor económico y coste-efectividad de los CP en diferentes entornos. | Scoping review | 43 revisiones | Los CPD muestran reducción de costes totales, uso de recursos y mejora de resultados en pacientes y cuidadores. |

**Fuente:** Elaboración propia