

## Hospital domiciliari: atenció domiciliària al final de la vida

### Resum d'una revisió sistemàtica de la Col·laboració Cochrane

Traducció i adaptació del Centre Cochrane Iberoamericà de: Shepperd S, Wee B, Straus S. Hospital domiciliari: atenció domiciliària al final de la vida. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.

Disponible a: <http://www.biblioteca-cochrane.com/>

Revisió Cochrane traduïda de: Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.

Disponible a: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Data de l'esmena més recent: 30 de març de 2011.

### Antecedents

Segons les enquestes de preferència de la població general i dels pacients amb una malaltia terminal, hi ha un consens creixent que, amb el suport adequat, la majoria de les persones preferirien rebre atenció domiciliària al final de les seves vides<sup>1,2</sup>. Les preferències dels pacients que no tenen cuidadors són menys clares. En alguns països com els EUA, Austràlia i Canadà, el nombre de pacients que moren en el domicili ha augmentat<sup>3</sup>, mentre que en d'altres com el Regne Unit, Itàlia i Japó ha disminuït. Paradògicament, el Regne Unit té més serveis de cures pal·liatives que cap altre país de la Unió Europea<sup>4</sup> i és vist com el líder del desenvolupament dels serveis de cures pal·liatives<sup>5</sup>, que inclou la provisió d'equips d'atenció domiciliària. Malgrat això, només una minoria mor en el seu domicili; el 2008, es va calcular que les morts en el domicili van ser del 18% comparades amb el 58% de les morts en hospitals del *National Health Service*<sup>1</sup>. Algunes explicacions de la important proporció de pacients que van morir a l'hospital les trobem en què hi ha serveis mal coordinats amb normes variables de provisió, fet que fa difícil que els pacients es derivin d'un àmbit a un altre<sup>6</sup>. La *National Audit Office*<sup>6</sup> insisteix en què una millor col·laboració entre l'atenció sanitària i la social, i els serveis aguts i comunitaris podria millorar la qualitat de l'atenció, reduir els ingressos d'urgència i permetre que més pacients morin en el lloc que van escollir.

El fonament per a l'atenció domiciliària al final de la vida és complex, ja que reflecteix l'objectiu de la política de brindar als pacients i a les seves famílies l'opció d'escollir on i quan desitgen l'atenció. Encara que una políti-

ca que doni suport l'elecció té un fort recolzament<sup>1,5</sup>, comporta dificultats conceptuals i metodològiques als qui avaluen l'efectivitat d'aquests tipus de serveis, així com reptes addicionals per a les persones responsables d'implementar aquestes intervencions. Una dificultat que comporta el concepte d'elecció en aquest context és que, encara que més pacients desitgen morir en el seu domicili, també reconeixen les dificultats pràctiques i emocionals de posar en pràctica aquesta elecció.

### Objectius

Determinar si proporcionar atenció domiciliària al final de la vida redueix la probabilitat de mort a l'hospital i quins efectes té sobre els símptomes del pacient, la qualitat de vida, la despesa dels serveis de salut i els cuidadors en comparació amb l'hospitalització o l'assistència en centres socio-sanitaris. S'aborden les següents preguntes: 1) Els pacients que reben atenció domiciliària al final de la vida tenen més probabilitats de morir en el domicili que els assignats a hospitalització o centres socio-sanitaris? 2) Els pacients que reben atenció domiciliària al final de les seves vides tenen millor control dels símptomes que els assignats a hospitalització o centres socio-sanitaris? 3) La satisfacció del pacient i dels cuidadors difereix entre l'atenció domiciliària al final de la vida i l'assistència en un centre socio-sanitari? 4) S'alteren els costos dels serveis sanitaris com a resultat d'administrar atenció domiciliària al final de la vida? 5) Els pacients que reben atenció domiciliària al final de la vida tenen un risc més elevat d'ingrés no planificat o d'urgència a l'hospital?

### Mètodes de la revisió

Es van fer cerques al Registre Cochrane Central d'Assaigs Controlats (CENTRAL, sigla de l'anglès) (*The Cochrane Library*) fins octubre de 2009; a Ovid MEDLINE(R), de 1950 fins a març de 2011; a EMBASE, de 1980 fins octubre de 2009; a CINAHL, de 1982 fins octubre de 2009; i a EconLit, fins octubre de 2009. Es van verificar les llistes de referències dels articles pertinents a fi de buscar articles potencialment rellevants.

Els criteris de selecció varen ser els assaigs controlats aleatoritzats, sèries temporals interrompudes o estudis

Correspondència: Marta Gorgues  
Centre Cochrane Iberoamericà  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Casa de Convalescència, 4a planta  
C/ Sant Antoni M. Claret, 171  
08041 Barcelona  
Tel. 935 535 526  
Fax 935 537 809  
Adreça electrònica: [mgorgues@santpau.cat](mailto:mgorgues@santpau.cat)  
Pàgina web: <http://www.cochrane.es/>

d'abans i després controlats (*before and after studies*) que van avaluar l'efectivitat de proporcionar atenció domiciliària al final de la vida amb l'hospitalització o l'atenció en centres sociosanitaris en pacients  $\geq 18$  anys d'edat.

Dos autors van extraure les dades de forma independent i van avaluar la qualitat dels estudis. Les dades publicades dels resultats dicotòmics es van combinar mitjançant metanàlisi d'efectes fixos de Mantel-Haenszel. Quan no va ser possible la combinació de les dades de resultat, aquests es van presentar com taules narratives resumides.

## Resultats i discussió

Els pacients que van rebre atenció domiciliària al final de la vida van tenir estadísticament moltes més probabilitats de morir al domicili que els pacients que van rebre l'atenció habitual; hi va haver una variabilitat significativa en les dades de l'ingrés hospitalari durant l'atenció domiciliària al final de la vida. El moment de la malaltia dels pacients als quals se'ls va proporcionar atenció domiciliària al final de la vida va variar entre els assaigs, com també la durada de l'atenció. Per exemple, en un assaig la mitjana de la supervivència des del reclutament va ser d'11 dies<sup>8-10</sup> i en un altre va ser de 196 dies<sup>11</sup>. Hi ha algunes proves que van indicar nivells més alts de satisfacció del pacient en els pacients assignats a l'atenció domiciliària al final de la vida al cap d'un mes de seguiment. Dos dels quatre assaigs van reportar dades sobre els resultats dels cuidadors i un d'aquests assaigs va informar que els cuidadors dels pacients amb una malaltia terminal que van rebre atenció domiciliària al final de la vida van experimentar més satisfacció que els que van rebre atenció hospitalària<sup>12</sup>. No obstant això, els ànims van ser inferiors si el pacient sobrevivia més de 30 dies.

Un assaig<sup>12</sup> realitzat als EUA que va examinar el cost amb bastant detall no va informar d'una diferència estadísticament significativa en els costos sanitaris nets globals entre l'atenció domiciliària al final de la vida i l'atenció hospitalària. Un segon assaig<sup>11</sup> també realitzat als EUA va informar que la mitjana de la despesa per dia per als que van rebre atenció domiciliària al final de la vida va ser significativament inferior que per als que van rebre atenció habitual.

Tots els assaigs es van realitzar en països desenvolupats, dos als EUA, un al Regne Unit i un a Noruega entre 1992 i 2007. Es van reclutar 694 participants en tres assaigs i en un assaig es van assignar a l'atzar tres grups ( $n = 434$  participants). Al voltant de la quarta part dels participants vivien sols. El temps de supervivència dels pacients va variar, la qual cosa indica que van ser reclutats en diferents estadis de la seva malaltia. A Grande<sup>8-10</sup>, els participants van tenir una mediana de supervivència d'11 dies a partir de la derivació, els participants reclutats en l'assaig grupal de Noruega tenien una esperança de vida entre dos i nou mesos<sup>13</sup>, i en l'assaig realitzat als EUA de 12 mesos o menys<sup>11</sup>. Els ingressos hospitalaris també van variar, la qual cosa es pot explicar per les

diferències en els sistemes d'assistència sanitària, la configuració dels serveis comunitaris existents i el suport proporcionat als cuidadors. Malgrat aquestes diferències, les proves donen suport a la implementació dels programes d'atenció domiciliària al final de la vida amb accés a l'atenció les 24 hores, per donar suport a que més persones morin en el domicili.

La qualitat de les proves incloses en aquesta revisió mostra les dificultats per realitzar investigacions en aquesta àrea. Una mortalitat inevitablement alta va donar lloc a una pèrdua del poder estadístic, els assaigs no van ser amb cegament i els pacients es van creuar entre els grups intervenció i control. A més, mesurar els símptomes i la qualitat de la vida és difícil i és possible que s'hagi de fer a través d'un substitut (per exemple, personal d'infermeria, metge o cuidador). No obstant això, cada un d'aquests grups pot formar-se impressions diferents que després es reflecteixen en les seves avaluacions del pacient<sup>8-10</sup>. Existeix el risc que alguns dels resultats hagin passat per atzar, ja que diversos dels estudis van realitzar un gran nombre de proves estadístiques. Finalment, i el més important, existeixen inquietuds ètiques respecte l'assignació dels pacients a l'atzar al final de les seves vides en lloc de permetre'ls decidir respecte on desitgen ser atesos.

Només un revisor va examinar els resums i va aplicar els criteris d'inclusió per produir una llista llarga de possibles estudis elegibles. Dos revisors, de manera independent, van aplicar els criteris d'elegibilitat i van avaluar els estudis per a la inclusió, van extraure les dades i van avaluar la qualitat científica. Només es va identificar un resum d'un assaig en curs<sup>14</sup> i no es van identificar publicacions posteriors dels resultats d'aquest assaig. No es van identificar dades aleatoritzades no publicades per incloure en aquesta revisió, per la qual cosa existeix el risc que s'hagin exclòs estudis que podrien contribuir a aquesta revisió.

## Conclusions dels autors

Les proves incloses en aquesta revisió donen suport a l'ús dels programes d'atenció domiciliària al final de la vida per augmentar el nombre de pacients que moririen en el domicili, encara que s'hauria de monitorar la quantitat de pacients ingressats a l'hospital i el temps que passen en el domicili mentre reben atenció al final de la vida. L'organització de l'atenció domiciliària al final de la vida dependrà de la configuració dels serveis existents, ja que cuidar a més pacients en el domicili provocarà exigències addicionals a l'atenció primària.

Els estudis de recerca futurs també han d'avaluar de forma sistemàtica la repercussió de l'atenció domiciliària al final de la vida sobre els cuidadors.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Podeu consultar les referències bibliogràfiques a la versió electrònica d'aquest article, disponible a:  
[http://www.academia.cat/publicacions/annals\\_medicina/IK1S6jr-m5Y43CAy3N62cQ](http://www.academia.cat/publicacions/annals_medicina/IK1S6jr-m5Y43CAy3N62cQ)