



ORIGINAL

Telesalud en cuidados paliativos durante la pandemia de COVID-19: resultados de un estudio correlacional

Maria de Lurdes da Costa Martins*

Servicio de Medicina Paliativa. Centro Hospitalario de Trás-os-Montes y Alto Douro. Vila Real, Portugal

Recibido el 12 de octubre de 2022

Aceptado el 6 de febrero de 2023

PALABRAS CLAVE

COVID-19, atención domiciliaria, cuidados paliativos, teléfono.

Resumen

Introducción y objetivo: La prestación de asistencia sanitaria mediante telemedicina ha cobrado especial importancia durante la pandemia de COVID-19 debido a la cancelación de consultas presenciales y visitas domiciliarias. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar su validez y evidencia de aplicabilidad en cuidados paliativos. El objetivo de este estudio es describir la satisfacción del paciente y las características de la atención telefónica realizada por un equipo de cuidados paliativos a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo-correlacional del servicio de consulta telefónica realizado por un equipo de cuidados paliativos. Los registros de llamadas telefónicas realizadas entre el 01-01-2020 y el 31-12-2020 se analizaron mediante un formulario que combinaba el análisis de la hoja de registro telefónico utilizada en el servicio y la consulta del expediente clínico del paciente. Los datos también incluían información sobre el usuario, el paciente y el motivo del contacto. También se investigó la relación entre la consulta telefónica y las variables número de días de ingreso y visitas al servicio de urgencias.

Resultados: En 2020 se atendieron 494 llamadas telefónicas. La mayoría de los contactos fueron realizados por familiares ($n = 419$; 84,8 %) y atendidos por enfermeras ($n = 225$; 45,6 %). El principal motivo de contacto fue el control de síntomas ($n = 380$; 76,9 %). La asesoría telefónica resolvió el 92,9 % ($n = 459$) de los problemas, permitiendo que el paciente permanezca en su domicilio. Sin embargo, un 4,0 % fueron derivados al servicio de urgencias y un 3,0 % al hospital para cuidados paliativos. La consulta telefónica se asocia a una disminución del número de días de hospitalización ($r_p = -0,52$; $p = 0,0001$) y de episodios de urgencia ($r_p = -0,62$; $p = 9,10 \times 10^{-8}$).

Conclusiones: La pandemia indujo la creación de nuevas metodologías de trabajo. La telemedicina fue una de las estrategias planteadas para brindar cuidados paliativos en el hogar. La línea directa de atención es una alternativa viable al seguimiento hospitalario tradicional en cuidados paliativos.

*Autor para correspondencia:

Maria de Lurdes da Costa Martins

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Hospital, Avenida da Noruega, Lordelo, 5000-508 Vila Real, Portugal

Correo electrónico: milupedras@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2023.1380/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Telehealth in palliative care during the COVID-19 pandemic: results of a correlational study

KEYWORDS

COVID-19, home care, palliative care, phone.

Abstract

Introduction and objective: The provision of health services using telemedicine has gained particular importance during the COVID-19 pandemic, due to the cancellation of physical consultations and home visits. However, more studies are needed to determine its validity and proof of applicability in palliative care. The aim of this study is to describe patient satisfaction and characteristics of the telephone care provided by a palliative care team due to SARS-CoV-2 pandemic.

Material and methods: A retrospective, descriptive-correlational study of the telephone consulting service provided by a palliative care team. The records of telephone calls made between 01.01.20 and 31.12.2020 were analyzed using a form that combined the analysis of the telephone record sheet and the consultation of the patient's clinical file. The data also included information about the user, the patient, and the reason for the contact. The relationship between telephone consultation and the variables number of days of admission and visits to the emergency service was also investigated.

Results: In 2020, 494 telephone calls were answered. Most contacts were made by family ($n = 419$; 85.3 %) and attended by nurses (45.6 %; $n = 225$). The main reason for contact was symptom control ($n = 380$; 76.92 %). The telephone consultancy resolved 92.9 % ($n = 459$) of the problems, allowing the user to remain at home. However, 4.0 % were referred to the emergency department and 3.0 % to inpatient palliative care. Telephone consultation is associated with a decrease in the number of days of hospitalization ($rp = -0.52$; $P = .0001$) and episodes of urgency ($rp = -0.62$; $P = 9.10 \times 10^{-8}$).

Conclusions: The pandemic induced the creation of new work methodologies. Telemedicine was one of the strategies outlined for providing palliative care at home. The hotline is a viable alternative to traditional hospital follow-up in palliative care.

Da Costa Martins ML. Telesalud en cuidados paliativos durante la pandemia de COVID-19: resultados de un estudio correlacional. *Med Paliat.* 2023;30:80-86.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad COVID-19 causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 como una emergencia de salud pública. El 2 de marzo Portugal registró el primer caso de la enfermedad y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud la calificó como pandemia internacional dada la cantidad de países en los que ya se había registrado y su rápida propagación a nivel mundial¹. La situación excepcional creada por la epidemia de SARS-CoV-2 y la infección epidemiológica alteró significativamente el sistema de salud, lo que implicó una respuesta específica e inmediata por parte de los servicios de salud².

En los últimos años, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación se ha generalizado en la vida cotidiana de las personas, incluso en los entornos sanitarios³. Los pacientes que residen en regiones rurales enfrentan barreras geográficas y no tienen acceso a equipos de cuidados paliativos (CP)⁴. Aunque la evidencia es limitada, algunos estudios⁵⁻⁷ sugieren que la telemedicina puede ampliar el acceso a los CP en entornos rurales, mejorar el control de los síntomas, facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y

el equipo de CP, aumentar la satisfacción del paciente y del cuidador y reducir los costos. A pesar del exitoso desarrollo de las aplicaciones electrónicas en el cuidado de la salud, en pacientes geográficamente distantes, la implementación de estas tecnologías ha sido desigual⁸. Sin embargo, durante el año 2020 debido a la pandemia del COVID-19, los servicios de salud sufrieron una reorganización. Muchas de las consultas presenciales fueron canceladas, con implicaciones para el acceso a la atención primaria de salud⁸, y muchas otras dificultades surgieron por el confinamiento obligatorio. Así, la consulta telefónica (CT) surge como una alternativa relevante para el seguimiento y apoyo a los pacientes de CP en el domicilio, y representa una alternativa prometedora y de bajo coste frente a las consultas presenciales.

El objetivo de este trabajo de investigación es describir la satisfacción del paciente y las características de la atención telefónica realizada por un equipo de cuidados paliativos a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2 durante el año 2020. Asimismo, se analiza el impacto en el número de días de hospitalización y de visitas a urgencias con la implantación de la CT. Este estudio puede contribuir a la literatura en el campo de la telesalud, al mostrar su eficacia en el seguimiento de pacientes en CP en el domicilio. Por otro lado,

servirá como indicador para que los administradores de hospitales implementen de manera segura nuevos modelos de servicio que sean confiables, consistentes y financieramente más sostenibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y correlacional del servicio de CT realizado por un equipo de CP de un hospital en la región norte de Portugal, durante la pandemia de COVID-19. Este estudio mide la relación entre la variable servicio de CT y la variable días de hospitalización y visitas al servicio de urgencias. Efectivamente, los datos recogidos se refieren al año 2020, iniciándose el periodo de pandemia en Portugal a comienzos de marzo de ese año; pero dado que los servicios sanitarios (consultas, cirugías, pruebas de detección) en la modalidad presencial estuvieron cerrados en Portugal entre marzo y mayo, creemos que es importante incluir datos de todo el año para hacer análisis comparativos.

Se consideraron para su análisis todos los registros telefónicos recibidos de pacientes de CP en domicilio (o de sus cuidadores/familiares) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020. Los datos fueron recogidos a través de un formulario (Figura 1), consignando información sobre el usuario, el problema reportado y las orientaciones brindadas. También se consultó el expediente clínico de los pacientes a través de la plataforma S-Clinic, para identificar visitas al servicio de urgencias y hospitalización. Los operadores de la línea directa eran enfermeras experimentadas del equipo de CP. La evaluación de la utilidad de la CT por parte del usuario se realizó mediante una escala *Likert* compuesta por 5 categorías (“1: inútil”, “2: poco útil”, 3: ni útil ni inútil, 4: “moderadamente útil” o 5: “muy útil”). Para determinar el motivo de uso del servicio de telemedicina también se realizó una pregunta abierta.

El estudio fue previamente sometido a autorización por el comité de ética de la institución (número 420/2019).

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa informático IBM SPSS®, versión 26 para Windows, habiéndose realizado el análisis de medidas estadísticas descriptivas e inferenciales. A partir del mismo, se procedió al cálculo estadístico de las distintas variables y se aplicó el test de hipótesis, asumiendo un valor de significación crítica de $p \leq 0,05$ para todos los test.

RESULTADOS

Caracterización del contacto telefónico

Un total de 494 llamadas telefónicas fueron atendidas e incluidas en el estudio. Las consultas corresponden a una

muestra de 187 pacientes seguidos por el equipo de CP durante el año 2020. Según la Tabla I, la mayoría de los pacientes tenían más de 80 años (52,4 %) y tenían un diagnóstico de cáncer avanzado (82,3 %), enfermedades neurológicas (12,8 %) y enfermedad terminal de órganos (4,8 %). En total se registraron 6500 min (13,2 min por contacto, $DP \pm 5,0$ min). Aunque a CT está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, la mayoría de las llamadas (93,1 %) se recibieron durante el horario comercial y los días de semana laborables, de lunes a viernes. Los periodos de mayor concurrencia fueron entre las 9:30 y las 10:00 h (20,6 %) y el periodo de ausencia de contactos entre las 14:30 y las 15:15 h (7,4 %). Pasadas las 18:30 los contactos recibidos fueron residuales. Se destacan los meses de abril y mayo con el máximo número de llamadas atendidas, respectivamente 13,6 % ($n = 67$) y 13,2 % ($n = 65$) (Figura 2).

La mayoría de los contactos fueron realizados por cuidadores/familiares del paciente ($n = 419$; 84,8 %), seguidos de profesionales sanitarios ($n = 60$; 12,1 %) y algunas llamadas las realizaron directamente los pacientes ($n = 15$; 3,0 %). Cerca de la mitad de las consultas fueron resueltas exclusivamente por la enfermera ($n = 225$; 45,6 %). Solo el 26,3 % ($n = 130$) fueron atendidos exclusivamente por el médico.

Motivos de contacto telefónico y orientaciones

Un 81,9 % de los pacientes contactaron la línea directa durante una crisis. El descontrol sintomático fue el princi-

Tabla I. Características de los pacientes seguidos por el equipo de cuidados paliativos.

| Variables | n | % |
|---------------------------------|-----|-------|
| Género | | |
| Femenino | 80 | 55,94 |
| Masculino | 63 | 44,06 |
| Grupos de edad | | |
| < 50 años | 7 | 3,74 |
| 50-65 años | 20 | 10,70 |
| 65-80 años | 62 | 33,16 |
| ≥ 80 años | 98 | 52,41 |
| Diagnóstico | | |
| Enfermedad oncológica | 154 | 82,35 |
| Enfermedad del sistema nervioso | 24 | 12,83 |
| Enfermedad terminal de órganos | 9 | 4,81 |

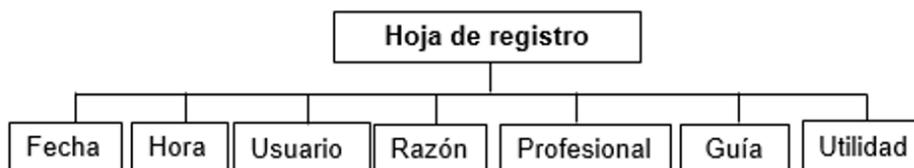


Figura 1. Formulario para la recogida de datos.

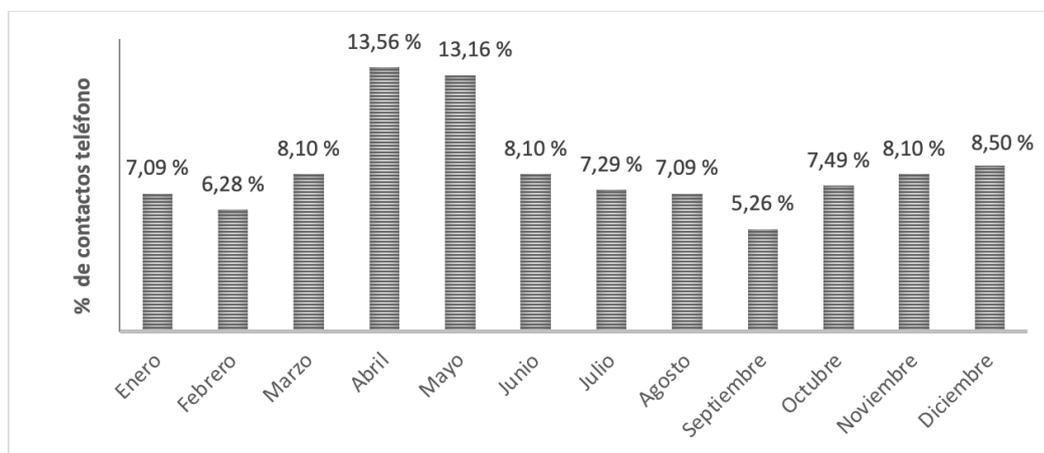


Figura 2. Llamadas telefónicas atendidas por meses.

pal motivo (Figura 3) con el empeoramiento o aparición del dolor (n = 150; 25,9 %), rechazo alimentario (n = 70; 12,1 %), insomnio y agitación (n = 70; 12,1 %) y astenia/postración (n = 65; 11,2 %).

Las orientaciones proporcionadas por los profesionales de la salud se presentan en la Tabla II. Las aclaraciones sobre el manejo de síntomas incluyen pautas dietéticas para el tratamiento de náuseas y/o vómitos, estreñimiento y diarrea, y estrategias para optimizar la ingesta de líquidos (10,7 %).

El equipo de CP también realizó docencia sobre la optimización de la administración de medicamentos (medicación de rescate y/o nuevos fármacos) y con el opioide transdérmico (8,0 %). En el 44,9 % de los contactos, el médico realizó ajustes farmacológicos por falta de control de los síntomas.

Los pacientes del presente estudio, antes de ser seguidos por el equipo de CP, acudieron al servicio de urgencias por: dolor (n = 250; 30,4 %), disnea (n = 170; 20,7 %), náuseas y vómitos (n = 70; 8,5 %). Después del seguimiento por el equipo de CP y mediante la CT los principales motivos de acudir a urgencias fueron: disnea (n = 70; 22,1 %), fiebre (n = 60; 18,9 %), astenia (n = 50; 15,8 %) y dolor (n = 43; 13,6 %) (Figura 4).

Tabla II. Orientaciones proporcionadas por los profesionales de la salud.

| Orientación | n | % |
|---|-----|------|
| Ajuste terapéutico | 335 | 44,9 |
| Instrucciones dietéticas | 80 | 10,7 |
| Enseñanzas sobre los cuidados a tener con el parche transdérmico | 60 | 8,0 |
| Reprogramación de la cita física | 87 | 11,7 |
| Manejo de inductores del sueño y estrategias de sueño | 60 | 8,0 |
| Aclaración de dudas/información | 36 | 4,8 |
| Orientación para la atención al final de la vida | 35 | 4,7 |
| Enseñanzas sobre posicionamiento, cuidado de la piel y dispositivos | 33 | 4,4 |
| Remisión al servicio de urgencias | 20 | 4,0 |
| Internamiento en CP | 15 | 3,0 |

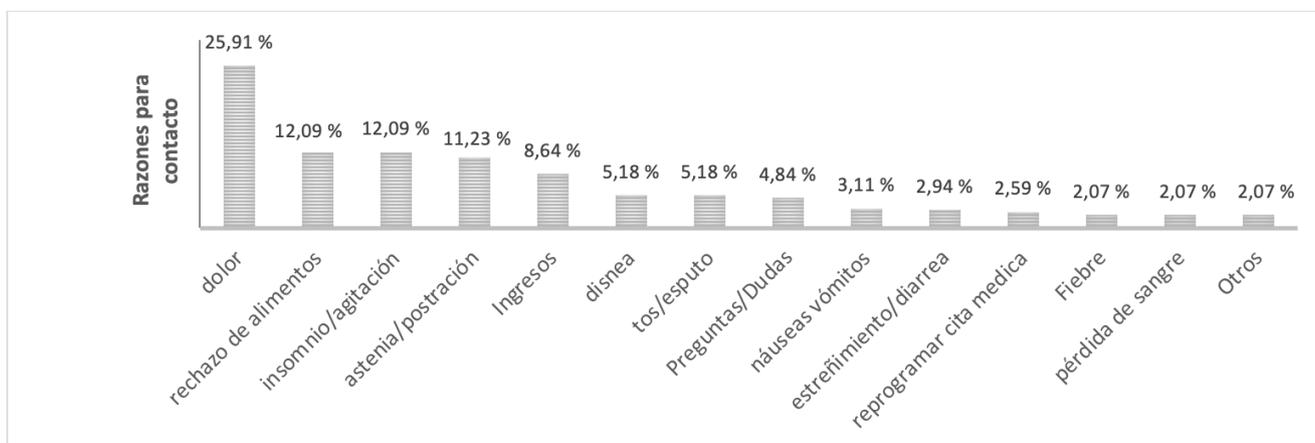


Figura 3. Motivos de contacto telefónico.

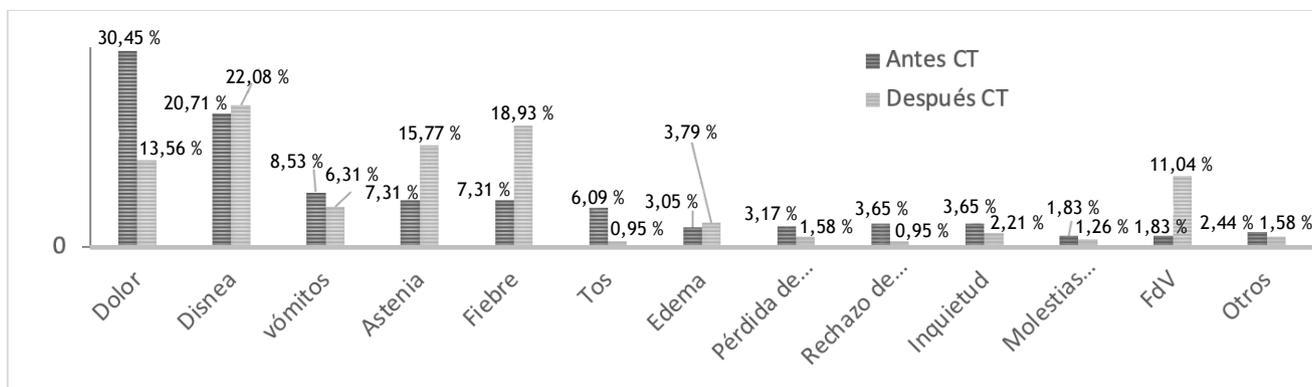


Figura 4. Motivos de acudir a urgencias antes de ser seguidos por el equipo de cuidados paliativos.

El número de pacientes derivados al servicio de urgencias por el equipo de CP durante la CT representa solo un 4,0 % ($n = 20$) (Tabla II) de las ocurrencias, y corresponden a situaciones de descontrol severo y complejo de los síntomas que aparecen en los estadios más avanzados de la enfermedad, y requiere observación médica inmediata. Además, el 3,0 % de los pacientes fueron derivados para ingreso e internamiento en CP.

Utilidad

Los usuarios del servicio de CT ($n = 187$ pacientes) lo encontraron moderadamente útil ($n = 9$; 4,8 %) o muy útil ($n = 178$; 95,2 %). No hubo ningún usuario del servicio de CT que lo considerara de poca o nula utilidad. La razón principal de su uso fue (Tabla III): confianza en el equipo, rapidez y bajo costo del servicio (30,0 %). También es de destacar que el 21,0 % de los pacientes recurren a la CT debido a la cancelación de las consultas presenciales durante la pandemia.

Test estadísticos

H_1 : el número de días de hospitalización y de episodios de urgencia sufrió una reducción en los usuarios del servicio de CT.

H_0 : el número de días de hospitalización y de episodios de urgencia es independiente del uso del servicio de CT.

Según el test de correlación de Pearson para los pacientes seguidos en CT, hubo una reducción estadísticamente significativa en el número de días de hospitalización ($r_p = -0,52$;

$p = 1 \times 10^{-4}$) y de visitas al servicio de urgencias ($r_p = -0,62$; $p = 9,2 \times 10^{-8}$). Antes de la implantación de la CT un 88,1 % de los pacientes acudían al servicio de urgencias con una asistencia media de 4,4 ($\pm 3,8$) episodios por persona. Tras la derivación a un equipo de CP con CT, la media retrocedió a 1,7 episodios ($\pm 2,0$) por persona, lo que supone una reducción del 61,4 % de los episodios de urgencia en usuarios de CT, que corresponde a una disminución anual del gasto de 68.203 euros. Este indicador se calculó teniendo en cuenta el monto de financiamiento del servicio nacional de salud por cada paciente que acude al servicio de urgencias⁹ y el costo de transportar a pacientes en ambulancias cuando viajan al servicio de emergencias. Este último parámetro se calculó teniendo en cuenta un valor medio de 30 km de distancia recorrida pagados a 0,58 euros/km². En términos medios, el número de estancias hospitalarias se redujo un 71,0 % en los pacientes seguidos en CT. Sin embargo, hubo un aumento en el número de días de hospitalización en CP (Figura 5).

DISCUSIÓN

La duración media de las llamadas fue de 13,16 min por contacto. Los datos muestran que la duración del contacto telefónico y su distribución diaria fueron similares a los encontrados en la literatura^{10,11}. Si bien este servicio está disponible las 24 h del día, cuando la situación no es urgente, los usuarios esperan hasta la hora del almuerzo, por respeto a la pausa para comer de los profesionales de la salud, para realizar las llamadas. La cancelación de citas hospitalarias no urgentes durante marzo hasta mayo de 2020 hizo que los usuarios buscaran otro tipo de servicios de salud. Así, la CT surgió para responder a una necesidad impuesta por la pandemia. De hecho, la CT mostró un aumento de llamadas entre marzo y mayo, probablemente por la cancelación del servicio presencial programado en esos meses.

El deterioro de la condición física fue el principal motivo de contacto telefónico. Resultados similares se obtuvieron en estudios de CT en CP^{11,12}. Náuseas, vómitos, disnea, rechazo alimentario, cambios en el patrón de defecación (estreñimiento/diarrea) e insomnio son reportados en varios estudios sobre el motivo de recurrir a telesalud en CP¹³⁻¹⁵.

Las orientaciones proporcionadas por el equipo de CP son similares a las indicadas en otros estudios¹¹. El servicio de

Tabla III. Razones para el uso de la consulta telefónica.

| Motivo de acudir a la consulta telefónica | n | % |
|---|-----|------|
| Confianza en el equipo, rapidez y bajo costo del servicio | 149 | 30,0 |
| Fácil acceso a la hospitalización en CP | 143 | 29,0 |
| Cancelación de consultas presenciales | 104 | 21,0 |
| Miedo a acudir a los servicios de salud durante la pandemia | 98 | 19,9 |

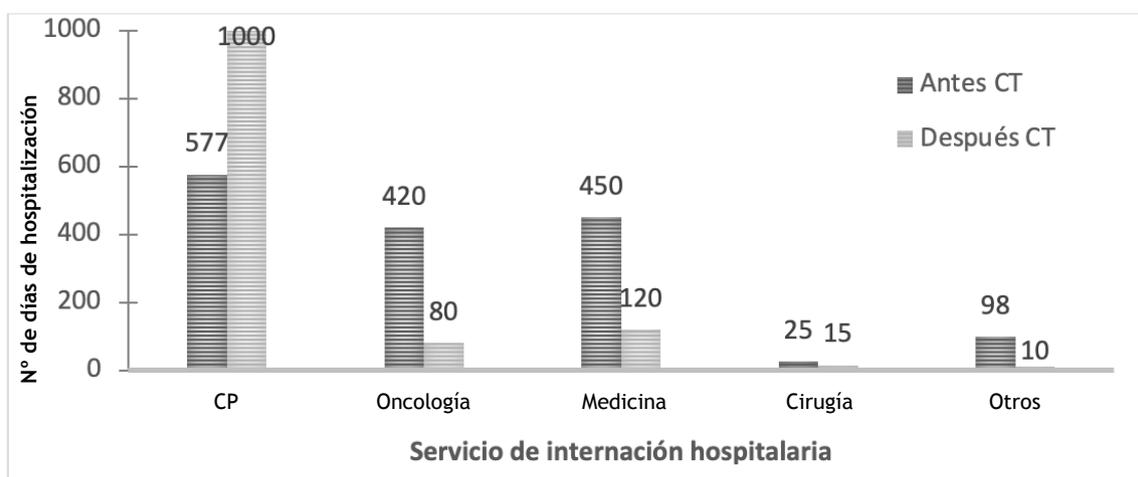


Figura 5. Número de días de hospitalización.

CT lo presta una enfermera con experiencia y formación en CP, que, tras exponer el problema relatado por el paciente o familiar, trata de solucionarlo de forma independiente o junto al médico del equipo de CP. Las orientaciones médicas que resultan del contacto telefónico se enfocan principalmente en los ajustes terapéuticos derivados del descontrol de los síntomas y la hospitalización del paciente en el servicio de CP.

La implantación del servicio de CT en CP tiene un resultado eficaz en el control del síntoma más invalidante en personas con enfermedad avanzada y terminal, el dolor. La disnea continuó siendo un síntoma de difícil control, aun después de la implementación de los CP, sin embargo, presenta un patrón de episodios menos urgentes con el uso de la CT. Esto permitió identificar las situaciones de atención al final de la vida (4,7 %) (Tabla II), y orienta a los cuidadores a no derivar al paciente al servicio de urgencias, priorizando el fallecimiento de la persona en la comodidad del hogar, según un estudio¹⁶ realizado en la población portuguesa que destaca el domicilio como lugar preferido de muerte. Esta actitud surge como una medida preventiva frente a las falsas emergencias médicas. Sin embargo, las familias no están preparadas, por lo que tan pronto como se señala la situación de final de la vida, el paciente es derivado para observación médica en la consulta de CP, con la perspectiva de ser ingresado en la unidad de internación de CP.

El grado de satisfacción con el servicio de CT puede estar relacionado con la seguridad y confianza que transmite el equipo, ya que siempre está disponible y localizable. Los CP deberían, por tanto, englobar y proporcionar programas de atención temprana y apoyo social para mitigar la carga de los cuidadores^{17,18}. Por otro lado, los pacientes y sus familiares tienen la percepción de que el servicio de CT facilita el acceso a la hospitalización en CP. Para los pacientes seguidos en CT, hubo una reducción estadísticamente significativa en el número de días de hospitalización y visitas al servicio de urgencias. Estos resultados son corroborados por otros estudios¹⁹⁻²¹, que apuntan ganancias en salud con la introducción de CP frente a atención general.

La pandemia, si bien ha causado daños en los servicios de salud con el gran consumo de recursos²², también ha dado

la oportunidad de innovar y reinventarse. Los responsables de las políticas de salud deben, por tanto, considerar en su planificación estratégica la constitución de equipos de CT en CP, como una modalidad de trabajo viable, promisoría y asertiva. El seguimiento de los pacientes sometidos a CP a través de la CT les permite permanecer en su domicilio, recurriendo físicamente a los servicios sanitarios en situaciones de empeoramiento acentuado de los síntomas, de difícil control domiciliario. Sin embargo, este tipo de atención en salud tiene algunas limitaciones, a saber: en situaciones de final de la vida, agotamiento del cuidador y agravamiento/descontrol de los síntomas.

En conclusión, este estudio produjo pautas y recomendaciones para que el equipo de CP mejore su desempeño. La identificación de las causas que motivaron las llamadas telefónicas y del profesional que presta el servicio permite anticipar algunas necesidades que pueden estar menos controladas en el domicilio. La frecuencia y distribución de llamadas puede ayudar a definir una mejor asignación de recursos humanos. Los indicadores analizados, así como la satisfacción de los usuarios del servicio, son favorables a su aplicación, ya que son una forma segura y eficaz de mantener a los pacientes en casa. El estudio de esta tendencia, la facilidad de acceso, el bajo costo para el usuario y el empoderamiento de cuidadores y familiares se vuelve algo necesario y urgente para que los conocimientos obtenidos en este periodo de pandemia puedan ser canalizados a otras especialidades. Por otro lado, la reducción en el número de días de hospitalización y visitas al servicio de urgencias son indicadores que deben ser considerados por los administradores del hospital.

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias por la colaboración del equipo de cuidados del Centro Hospitalario Tras-os-Montes e Alto Douro.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno declarado.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

La autora declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo en cuanto a la publicación de datos.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La autora declara que no ha recibido subvenciones ni ayudas para la elaboración del artículo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio recibió la aprobación de la junta directiva y el comité de ética de la institución (número de aprobación: 420-2019).

REFERENCIAS

- Entidade Reguladora da Saúde. Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde - período de março a junho de 2020. 2020.
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 7980-A/2022 29 do Ministério da Saúde de junho de 2022. Diário da República, 2.ª série, n.º 108 Portugal; 2022.
- Pinto S, Caldeira S, Martins JC. e-Health in palliative care: Review of literature, Google Play and App Store. *Int J Palliat Nurs.* 2017;23:394-401.
- Rainsford S, MacLeod RD, Glasgow NJ, Phillips CB, Wiles RB, Wilson DM. Rural end-of-life care from the experiences and perspectives of patients and family caregivers: A systematic literature review. *Palliat Med.* 2017;31:895-912.
- Bakitas MA, Elk R, Astin M, Ceronsky L, Clifford KN, Dionne-Odom JN, et al. Systematic review of palliative care in the rural setting. *Cancer Control.* 2015;22:450-64.
- Zheng Y, Head BA, Schapmire TJ. A systematic review of Telehealth in palliative care: Caregiver outcomes. *Telemed J e-Health.* 2016;22:288-94.
- Head BA, Schapmire TJ, Zheng Y. Telehealth in palliative care. A systematic review of patient-reported outcomes. *J Hosp Palliat Nurs.* 2017;19:130-9. Disponible en: <https://journals.lww.com/00129191-201704000-00007>
- Solari-Twadell PA, Flinter M, Rambur B, Renda S, Witwer S, Vanhook P, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the future of telehealth in primary care. *Nurs Outlook.* 2022;70:315-22. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002965542100227X>
- ACSS. Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2022. Acss. 2022. Disponible en: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf
- Phillips JL, Davidson PM, Newton PJ, Digiacomio M. Supporting patients and their caregivers after-hours at the end of life: The role of telephone support. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36:11-21.
- Baird-Bower D, Roach J, Andrews M, Onslow F, Curnin E. Help is just a phone call away: After-hours support for palliative care patients wishing to die at home. *Int J Palliat Nurs.* 2016;22:286-91.
- Devilee L, Hayman-White K, Bence G, O'Connor M, Aranda S. Inpatient hospice triage of 'after-hours' calls to a community palliative care service. *Int J Palliat Nurs.* 2014;7:214-20.
- Malmström M, Ivarsson B, Klefsgård R, Persson K, Jakobsson U, Johansson J. The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery—A six month RCT-follow-up study. *Int J Nurs Stud.* 2016;64:86-95.
- Strupp J, Groebe B, Knies A, Mai M, Voltz R, Golla H. Evaluation of a palliative and hospice care telephone hotline for patients severely affected by multiple sclerosis and their caregivers. *Eur J Neurol.* 2017;24:1518-24.
- Wong F, Ng A, Lee P, Lam P, Ng J, Ng N, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: A randomised controlled trial. *Hear.* 2016;102:1100-8.
- Gomes B, Sarmiento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Rev Científica da Ordem dos Médicos.* 2013;4:327-34. Disponible en: www.actamedicaportuguesa.com
- Bachner YG, Morad M, Sroussi C, O'Rourke N. Direct and indirect predictors of burden among Bedouin caregivers of family members with terminal cancer in Israel. *Aging Ment Health.* 2020;24:575-81.
- Robaye L, Mormont E, Lassaux A, Janne P, Gourdin M. Vulnerability of caregivers of people with a neurodegenerative disease: A synthesis. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2018;16:298-304.
- Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, Gamucci T, Bertè R, Sansoni E, et al. Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: A randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. *Support Care Cancer.* 2019;27:2425-34.
- Urban RR, He H, Alfonso R, Hardesty MM, Goff BA. The end of life costs for Medicare patients with advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2018;148:336-41.
- Daugherty C, Johnson J, Levine SK, Wroblewski K, Lane B, Dale W, et al. Cost of care, discharge disposition, and survival of advanced cancer patients (ACP) receiving early inpatient palliative care (PC) compared to standard oncologic care (SOC) without palliative care. *J Clin Oncol.* 2018;36(34_suppl):130.
- Ministério das Finanças. Pandemia e despesas com SNS explicam défice de 6673 ME até outubro. 2021. Disponible en: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDIxNgYAax%2BYaAUAAAA%3D>