



Medicina Paliativa

Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Estudio de la eficiencia de un programa pionero de atención domiciliar pediátrica de atención primaria / Study of the Efficiency of a National Pioneer Primary Care Pediatric Home Care Program.

Autores / Authors:

Yurena Valencia Afonso¹, Dinesh Lalchandani Lalchandani², Dácil Parrilla Toribio³, Rebeca Afonso Dávila⁴, José Félix Reyes Rodríguez⁵, Alfonso Miguel García Hernández⁶

¹Atención Domiciliar Pediátrica de AP (ADPAP). Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, LA LAGUNA. ²Atención Domiciliar Pediátrica de AP (ADPAP). Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, San Cristóbal de la Laguna. ³Medicina intensiva. CHUNSC, San Cristóbal de la Laguna. ⁴Cuidados paliativos pediátricos. CHUC, . ⁵Área Técnica de Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, . ⁶Universidad de La Laguna. Profesor Titular del Grado de Enfermería

DOI: [10.20986/medpal.2026.1557/2024](https://doi.org/10.20986/medpal.2026.1557/2024)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Valencia Afonso Yurena, Lalchandani Lalchandani Dinesh, Parrilla Toribio Dácil, Afonso Dávila Rebeca, Reyes Rodríguez José Félix, García Hernández Alfonso Miguel. Estudio de la eficiencia de un programa pionero de atención domiciliar pediátrica de atención primaria / Study of the Efficiency of a National Pioneer Primary Care Pediatric Home Care Program. . j.medipa 2026. doi: 10.20986/medpal.2026.1557/2024.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en *Medicina Paliativa*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a *Medicina Paliativa*.

ESTUDIO DE LA EFICIENCIA DE UN PROGRAMA PIONERO NACIONAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

STUDY OF THE EFFICIENCY OF A NATIONAL PIONEER PRIMARY CARE PEDIATRIC HOME CARE PROGRAM

Yurena Valencia Afonso¹, Dinesh Lalchandani Lalchandani^{2*}, Dácil Parrilla Toribio³, Rebeca Afonso Dávila⁴, José Félix Reyes Rodríguez⁵ y Alfonso Miguel García Hernández⁶

¹Unidad de Atención Domiciliaria Pediátrica de Atención Primaria (ADPAP). Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF). Santa Cruz de Tenerife, España. ²Unidad de Atención Domiciliaria Pediátrica de Atención Primaria (ADPAP). Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF). Santa Cruz de Tenerife, España. ³Unidad de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, España. ⁴Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). San Cristóbal de La Laguna, España. ⁵Área Técnica de Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF). Santa Cruz de Tenerife, España. ⁶Profesor Titular del Grado de Enfermería. Universidad de La Laguna (ULL). San Cristóbal de La Laguna, España

CORRESPONDENCIA:

Dinesh Lalchandani Lalchandani

Unidad de Atención Domiciliaria Pediátrica de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. c/ de Carmen Monteverde, n.º 45. 38004, Santa Cruz de Tenerife, España

Correo electrónico: dinolal74@yahoo.es / gaptfadpap.scs@gobiernodecanarias.org

Recibido: 12-11-2024

Aceptado: 25-03-2026

RESUMEN

Introducción: En las últimas décadas, los avances científico-técnicos han contribuido a reducir la mortalidad pediátrica, acompañándose de un aumento de niños que sobreviven a enfermedades graves con secuelas complejas. Muchas de estas situaciones requieren la intervención de unidades de cuidados paliativos pediátricos para garantizar atención integral y continuada. En España se estima que aproximadamente 2500 niños fallecen cada año y que hasta 25.000 podrían precisar recursos específicos de cuidados paliativos.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, observacional y descriptivo de seguimiento de una cohorte de pacientes antes y después de la implementación del programa ADPAP, iniciada el 1 de junio de 2022. Se incluyeron niños incorporados al programa que, además, eran pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, con datos de gasto sanitario disponibles durante un año previo y un año posterior a la intervención.

Resultados: De los 70 pacientes incluidos en el programa, 17 presentaron datos comparables en ambos periodos. La comparación de los costes medios totales por paciente mostró una reducción significativa tras la intervención ($t = 3,11$; $p = 0,0067$), con un ahorro medio por paciente de 9170,68 €. Esto supone un ahorro total de 155.901,57 € en la cohorte analizada.

Conclusión: La implementación del programa ADPAP demostró ser eficiente desde el punto de vista económico, reduciendo los costes asociados a la atención hospitalaria y de Atención Primaria. En una extrapolación hipotética a una cohorte de 70 pacientes con características similares, el ahorro anual podría superar los 600.000 €, estimación que debe interpretarse con cautela. Estos resultados sugieren que la atención domiciliaria pediátrica coordinada desde Atención Primaria puede mejorar la eficiencia del sistema sanitario y favorecer la continuidad asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas, reduciendo ingresos evitables y optimizando el uso de recursos hospitalarios. A nivel familiar, también mejora bienestar.

Palabras clave: Enfermedad crónica compleja, cuidados paliativos, pediatría, atención domiciliaria, eficiencia.

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, scientific and technological advances have contributed to a reduction in pediatric mortality, accompanied by an increase in the number of children surviving severe illnesses with complex sequelae. In many cases, these conditions require Pediatric Palliative Care Units to provide comprehensive and continuous management. In Spain, it is estimated that approximately 2,500 children die each year and that up to 25,000 may require specific pediatric palliative care resources. In this context, pediatric home care delivered from Primary Care settings has emerged as a potential strategy to improve continuity of care and optimize healthcare resource utilization. The aim of this study was to evaluate the efficiency of the Pediatric Home Care Program from Primary Care in Tenerife (ADPAP), the first national unit exclusively dedicated to home-based care for these patients from Primary Care, during a one-year period.

Material and methods: Epidemiological, observational, and descriptive cohort study comparing healthcare costs before and after implementation of the ADPAP program, which began on June 1, 2022. The sample included children enrolled in the program who were also followed by the Pediatric Palliative Care Unit of the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, with available healthcare expenditure data for one year before and one year after implementation.

Results: Of the 70 patients included in the program, a cohort of 17 had comparable data for both periods. The comparison of total mean costs per patient showed a statistically significant reduction after implementation ($t = 3.11$; $p = 0.0067$), with an average saving of €9,170.68 per patient. This represents a total saving of €155,901.57 in the studied cohort.

Conclusion: The implementation of the ADPAP program proved to be economically efficient, reducing healthcare costs associated with hospital and primary care services. In a hypothetical extrapolation to a cohort of 70 patients with similar characteristics, annual savings could exceed €600,000, although this estimate should be interpreted with caution.

Keywords: Complex chronic disease, palliative care, pediatrics, home care, efficiency.

INTRODUCCIÓN

El fundamento teórico de la atención domiciliaria pediátrica se sustenta en varios pilares conceptuales que integran derechos del paciente, modelos de atención y evidencia sobre eficiencia en salud¹⁻⁴:

- a) Derechos del paciente pediátrico y marco legal. La Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Resolución A2-25/86 del Parlamento Europeo) establece el principio fundamental de que la hospitalización debe ser el último recurso, priorizando la atención en el entorno familiar siempre que sea médicamente posible⁵.
- b) Modelos de atención centrados en el paciente y su entorno⁶. La atención primaria emerge como el eje fundamental para la gestión de pacientes crónicos complejos y frágiles, siendo el domicilio “el entorno natural de las personas” donde se puede ofrecer una atención más holística^{7,8}. Este enfoque se alinea con:
 - El modelo de fragilidad en pediatría que, aunque inicialmente desarrollado para geriatría, encuentra paralelismos en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas complejas⁹. La fragilidad se conceptualiza como un estado de vulnerabilidad aumentada ante estresores, con afectación multisistémica que predispone a eventos adverso^{8,10}.
 - Los principios de los CPP, que enfatizan la continuidad asistencial y el mantenimiento del niño en su entorno familiar siempre que sea posible¹¹.
- c) Eficiencia y triple objetivo. La atención domiciliaria se ha posicionado como una estrategia que cumple con el triple objetivo en salud^{1-4,12,13}:
 1. Mejora la experiencia del paciente y su familia.
 2. Aumenta la efectividad clínica.
 3. Optimiza la eficiencia del sistema sanitario^{11,14}.

A nivel hospitalario, las unidades de Hospitalización a Domicilio y Hospitales de Día se crean con el fin de evitar complicaciones derivadas de la hospitalización convencional, reducir costes y que tanto el paciente como su familia se sientan reconfortados en su medio natural, pero ello precisa de mecanismos de comunicación y coordinación con atención primaria para que el funcionamiento sea eficiente y se garantice la seguridad del paciente en la transición entre niveles^{3,14,16-19}. Pero son los profesionales de atención primaria los que conocen de primera mano la realidad del paciente en el ámbito más amplio de la salud, el que incluye también los aspectos social y psicoemocional, por cercanía¹⁵.

Los estudios demuestran que los costes sanitarios de niños con enfermedades crónicas complejas representan entre el 30-40 % del gasto total en pediatría, siendo el 80 % de este porcentaje atribuible a hospitalizaciones^{3,8}. Este dato subraya el potencial de ahorro de modelos alternativos como la atención domiciliaria^{14,16-20}.

En el estudio presentado, se pretende evaluar la eficiencia^{14,21}, tanto económica como asistencial, de ADPAP para pacientes afectados de enfermedades crónicas complejas y necesidades paliativas, en una cohorte residentes en la Isla de Tenerife tras un año de inclusión en el proyecto, que ha llevado un seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del CHUC de un año previo a la fecha de la puesta en marcha del programa, el 1 de junio de 2022, analizando el gasto de los costes totales de las consultas y comparando la actividad asistencial hospitalaria y de atención primaria, tanto programadas como urgentes, en el período descrito.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Diseño

Estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y bidireccional de seguimiento de una cohorte de 17 pacientes pediátricos atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) del CHUC y del programa ADPAP desde el 1 de junio de 2021 hasta el 1 de junio de 2023. Se compararon dos periodos: pre-implementación (seguimiento

solo por UCPP) y postimplementación (seguimiento conjunto UCPP + ADPAP).

Población

Se seleccionaron 17 pacientes de un total de 70 incluidos en el programa ADPAP, dado que eran quienes, al momento del corte del estudio, cumplían con la condición de contar con al menos un año de seguimiento previo y posterior a la puesta en marcha de nuestro programa. Se trata de niños y niñas que atendemos en forma conjunta con el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Criterios: niños con enfermedades crónicas complejas y necesidades paliativas (Figura 1).

Variables

- Demográficas: edad, género.
- Clínicas:
 - Tipo de enfermedad según clasificación ACT (Association for Children's Palliative Care)²² (Tabla I).
 - Puntuación en la Paediatric Palliative Screening Scale (Escala PaPaS)²³ (Tabla II):
 - ≥ 10 : enfoque paliativo.
 - ≥ 15 : inicio de cuidados paliativos específicos.
 - ≥ 25 : cuidados paliativos especializados.
- Asistenciales y económicas:
 - Número de consultas hospitalarias (programadas y urgencias), ingresos, consultas de atención primaria y consultas ADPAP.
 - Costes según precios públicos del Servicio Canario de la Salud (Resolución del 3 de abril de 2024)²⁴ (Tabla III).

Métodos analíticos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v19. Para la comparación de los costes antes y después de la intervención se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas.

La normalidad de las diferencias pareadas se evaluó mediante el test de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$), lo que permitió asumir la distribución normal de dichas diferencias y justificar la aplicación de pruebas paramétricas.

Para garantizar la comparabilidad económica entre ambos periodos, los costes se calcularon aplicando las tarifas públicas del Servicio Canario de la Salud correspondientes al año 2024 a los datos de actividad de los periodos pre- y postintervención, homogeneizando así el análisis económico.

Como consideración metodológica, debe señalarse que el número de pacientes incluidos en el estudio es limitado y que la evolución clínica de los niños y niñas con enfermedad crónica compleja puede modificar sus necesidades asistenciales con el tiempo.

El estudio se elaboró siguiendo las recomendaciones de la guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para la comunicación de estudios observacionales²⁵.

Aspectos éticos

El CEIm del Hospital Universitario de Canarias informa que, dado que en la investigación no se recoge ningún dato clínico (datos personales) y únicamente se obtuvo datos de costes extraídos de bases anonimizadas, según el RGPD (artículo 4.1 y considerando 26), por lo que no aplica el consentimiento ni la evaluación del CEIm.

RESULTADOS

La prueba de Shapiro-Wilk se utilizó para evaluar la normalidad de las diferencias pareadas, asumiéndose dicha normalidad ($p > 0,05$), lo que justificó la aplicación de la prueba t de Student para muestras relacionadas.

La comparación entre la media de consultas de Atención Primaria antes y después de la intervención resultó significativa. En cambio, la comparación entre la media de consultas hospitalarias antes y después de la intervención no mostró significación estadística. Sin embargo, al analizar específicamente la asistencia urgente hospitalaria antes y después de la intervención (39 frente a 21 consultas), mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas de pequeño tamaño, se obtuvo un resultado significativo ($p = 0,002$).

En relación con la utilización de servicios, el número de consultas en Atención Primaria se redujo significativamente tras la implementación del programa (de 398 a 129 consultas).

Para interpretar la reducción observada en los costes hospitalarios, se analizaron indicadores de utilización hospitalaria en los periodos pre- y postintervención, incluyendo el número de ingresos hospitalarios, los días totales de estancia hospitalaria y la estancia media por ingreso, diferenciando cuando fue posible entre hospitalización convencional y cuidados intensivos pediátricos.

Los costes hospitalarios se estimaron aplicando las tarifas públicas del Servicio Canario de la Salud correspondientes al año 2024 a ambos periodos del estudio, con el objetivo de homogeneizar la comparación económica.

El cálculo del coste hospitalario se realizó según la siguiente fórmula general:

Coste hospitalario = (días de estancia en hospitalización convencional $\times$ tarifa/día) + (días de estancia en UCI pediátrica $\times$ tarifa/día UCI) + costes de consultas hospitalarias y urgencias.

La reducción observada en los costes hospitalarios tras la implementación del programa ADPAP se relaciona principalmente con la disminución de los días de estancia hospitalaria y la optimización del manejo clínico domiciliario (Tabla IV).

La comparación del componente del coste medio de las consultas resultó significativa tanto para las consultas hospitalarias como para las de Atención Primaria.

Cuando se analiza el coste medio total por paciente, incluyendo los costes de la intervención de la unidad ADPAP, se observa una reducción significativa del coste medio tras la intervención, correspondiente a un ahorro medio por paciente de 9170,68 € ($t = 3,110$; $gl = 16$; $p = 0,0067$; IC 95 %: 7356,0-24.926,5 €) (Tabla V).

Es de destacar que, en el caso de los costes hospitalarios, pese a no observarse una disminución relevante en el número total de consultas hospitalarias, sí se produjo una reducción significativa de los costes. Este descenso parece estar relacionado principalmente con la reducción de los días de estancia hospitalaria y la mejora en la coordinación asistencial, facilitadas por la intervención domiciliaria (Tabla VI). Se añadieron 299 consultas de la unidad ADPAP, lo que subraya la capacidad de la unidad para gestionar de manera eficiente la atención domiciliaria.

CONCLUSIONES/ LIMITACIONES

Si nos ceñimos a los efectos de la intervención desde el punto de vista de los costes medios de las consultas hospitalarias y los ingresos más los de Atención Primaria y ADPAP, la puesta en marcha del programa demuestra ser eficiente con un ahorro medio por paciente/año de 9170,68 €. Su impacto será multiplicativo por el número de pacientes incluidos; en este estudio, con 17 pacientes, fue de 155.901,57 €. En la hipótesis de una cohorte similar de 70 pacientes, la intervención en año supondría un ahorro que supera los 600,000 euros/año.

La puesta en marcha de unidades de atención domiciliaria pediátrica en el ámbito de Atención Primaria ha demostrado ser eficiente desde el punto de vista económico, con un ahorro significativo en costes de atención hospitalaria y primaria.

Este estudio sugiere que la expansión de programas similares podría representar una estrategia efectiva para la gestión de niños con enfermedades crónicas complejas y necesidades paliativas, especialmente en áreas con orografía compleja y donde el acceso a hospitales puede ser un desafío.

Aunque el análisis global no mostró diferencias significativas en las consultas hospitalarias antes y después de la puesta en marcha del programa ADPAP, al desglosar los datos se observó una reducción significativa en las urgencias hospitalarias (de 39 a 21 consultas). Este hallazgo destaca el impacto positivo del programa en la disminución de la demanda urgente, lo que resulta especialmente relevante en la atención pediátrica a domicilio, beneficiando tanto a los pacientes como a sus familias. En lo que respecta a los costes hospitalarios antes y después de la intervención, se

encontró una reducción significativa que dependía fundamentalmente de la reducción en los días de estancia hospitalaria de los ingresos debido principalmente a la intervención de ADPAP en los domicilios, tanto para tratar de manera temprana las descompensaciones como en las altas precoces y su seguimiento coordinado.

Se demostró una disminución estadísticamente significativa en las consultas de atención primaria tras un año de implementación del programa ADPAP. Nuestra percepción actual es que un efecto similar podría observarse en el ámbito hospitalario si se realiza un seguimiento más prolongado con un mayor número de pacientes. Por lo tanto, sería conveniente llevar a cabo un estudio más amplio para confirmar la reducción de la presión hospitalaria.

Quedaría por evaluar otros beneficios indirectos que añadirían más valor a la intervención, como los costes de tiempo laborales, calidad de vida, satisfacción, legitimación de la sanidad pública, costes de oportunidad y traslados de la familia, teniendo en cuenta la peculiar orografía de la Isla de Tenerife con aproximadamente 2000 km² de superficie y con una población de cerca de un millón de habitantes^{26,27}.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses en relación con la preparación y publicación de este manuscrito.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta investigación no recibió financiación externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Healthcare Market Size & Share 2025-2034 [Internet]. Global Market Insights; 2025. Disponible en: https://www.gminsights.com/industry-analysis/medical-products-market?gad_source=1&gad_campaignid=21904871241&gbraid=0AAAAACuPGh

3. McKinsey & Company. From facility to home: How healthcare could shift by 2025. McKinsey Healthcare Report; 2025.
4. Berry JG, Hall M, Cohen E, O'Neill M, Feudtner C. Ways to identify children with medical complexity and the importance of why. J Pediatr. 2015;167:229-37.
5. Extracto de la Resolución A2-25/86, 13 de mayo 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los niños Hospitalizados [Internet]. Junta de Andalucía; 1986. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95865e2487_carta_europea_ninos_hospitalizados.pdf
6. Lalchandani Lalchandani D, Valencia Afonso Y. Programa de Atención Domiciliaria Pediátrica para Pacientes Crónicos Complejos y con Necesidades Paliativas. Santa Cruz de Tenerife: GAPTF; 2022.
7. Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X. Guía de Atención Domiciliaria: pura atención primaria. Aten Primaria. 2019;527-8.
8. Acosta Benito MA, Martín Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo. Aten Primaria. 2022;54:102395.
9. Berry JG, Hall M, Cohen E, O'Neill M, Feudtner C. Ways to Identify Children with Medical Complexity and the Importance of Why. J Pediatr. 2015;167:229-37.
10. Actualizaciones en modelos de atención pediátrica domiciliaria. SEPEAP; 2024. Disponible en: <https://sepeap.org/>
11. Benítez MÁ. Informe anual de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Gobierno de Canarias; 2025.
12. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Promoción y Atención al Ciudadano. 2025.

11. Benítez MÁ. Informe anual de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Gobierno de Canarias; 2025.
12. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Estrategia en Cuidados Paliativos 2018-2021. Santa Cruz de Tenerife; 2018.
13. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost.

14. Srivastava R, Stone BL, Murphy NA. Hospitalist care of the medically complex child. *Pediatr Clin North Am*. 2005;52:1165-87, x.
15. Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guía Práctica Clínica sobre cuidados paliativos en pediatría; 2022.
16. Simon TD, Berry J, Feudtner C, Stone BL, Sheng X, Bratton SL, et al. Children with complex chronic conditions in inpatient hospital settings in the United States. *Pediatrics*. 2010;126:647-55.
17. Nageswaran S, Golden SL. Improving the quality of home health care for children with medical complexity. *Acad Pediatr*. 2017;17:665-71.
18. Palfrey JS, Sofis LA, Davidson EJ, Liu J, Freeman L, Ganz ML. The Pediatric Alliance for Coordinated Care: evaluation of a medical home model. *Pediatrics*. 2004;113:1507-16.
19. Mosquera RA, Avritscher EB, Samuels CL, Harris TS, Pedroza C, Evans P, et al. Effect of an enhanced medical home on serious illness and cost of care among high-risk children with chronic illness: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312:2640-8.
20. Kuo DZ, Cohen E, Agrawal R, Berry JG, Casey PH. A national profile of caregiver challenges among more medically complex children with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:1020-6.
21. Kuo DZ, Goudie A, Cohen E, Houtrow A, Agrawal R, Carle AC, et al. Inequities in health care needs for children with medical complexity. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33:2190-8.
22. Benini F, Papadatou D, Bernadà M, Craig F, De Zen L, Downing J, et al. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63:e529-e543.
23. Wallis Gómez V. Cuidados Paliativos Pediátricos: ¿Quiénes y cuando? *Canarias Pediátrica*. 2022;154-60.
24. Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías (DPP). *BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS* núm 77, jueves 18 de abril de 2024 [Internet]. 2024 [cited year month day]. Disponible en:

<https://sede.gobiernodecanarias.org/boc>

25. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4:e296.
26. Real Decreto 1085/2023, de 5 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2023. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2023/12/05/1085>
27. Instituto Canario de Estadística [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/istac/>

Figura 1. Diagrama de representación de la selección de pacientes para el estudio.

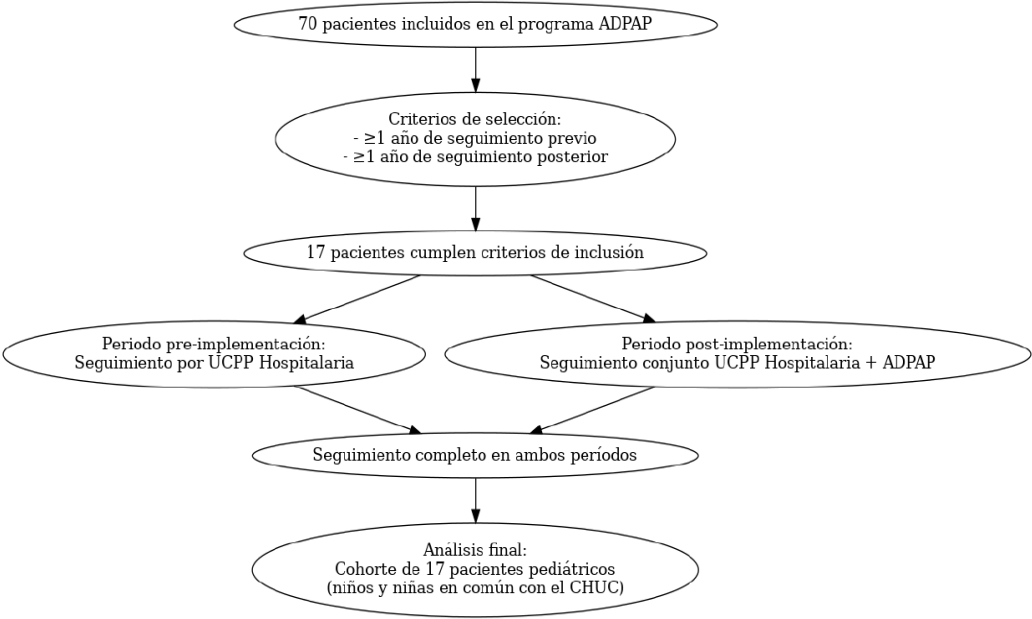


Tabla I. Clasificación de la ACT modificada en los estándares GO-PPaCS²².

ACT	Definición	Condiciones	Característica principal
1	Pacientes con enfermedades amenazantes para la vida, en las que existen tratamientos curativos posibles, aunque pueden fallar	Cáncer Anomalías cardíacas	Curación posible
2	Pacientes con enfermedades en los que la muerte prematura es inevitable, pero puede haber periodos largos con tratamientos intensivos dirigidos a que el paciente pueda realizar una vida normal	Fibrosis quística Distrofias musculares VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral	Fase de normalidad posterior al diagnóstico
3	Pacientes con enfermedades progresivas sin posibilidad de curación	Enfermedad de Batten Mucopolisacaridosis VIH/SIDA sin tratamiento antirretroviral Cáncer metastásico ya el diagnóstico sin tratamiento curativo	Implacable
4	Pacientes con enfermedades no progresivas pero irreversibles, con necesidades de cuidados complejos y posibilidad de muerte prematura	Parálisis cerebral Síndromes polimalformativos	Impredecible
5	Pacientes no nacidos que puede no sobrevivir al parto, sobrevivir durante solo horas/días o aquellos que nacen con grandes malformaciones o desarrollan complicaciones en el periodo perinatal que desarrollan una enfermedad incurable	Síndromes malformativos (trisomía 13, trisomía 18, anencefalia) Asfixia neonatal Prematuridad extrema con complicaciones neurológicas/respiratorias	Cuidados paliativos durante el embarazo Diagnóstico no esperado Incertidumbre pronóstica

Tabla II. Características de los niños y niñas según datos demográficos, grupo de enfermedad según la clasificación de la ACT modificada en los estándares GO-PPaCS²² y puntuación en la Paediatric Palliative Screening Scale (Escala PaPaS)²³.

Género	Edad	Escala PaPaS*	Grupo ACT**
Niño	7 años	30	3
niña	5 años	29	4
Niña	15 años	27	4
Niña	8 años	28	3
Niña	15 años	27	3
Niña	15 años	29	3
Niña	12 años	28	3
Niño	12 años	26	3
Niña	13 años	27	3
Niño	13 años	25	4
Niña	15 años	26	3
Niña	2 años	22	4
Niño	7 años	26	3
Niño	10 años	21	4
Niño	13 años	30	3
Niño	4 años	25	3

ACT: Clasificación de la ACT modificada en los estándares GO-PPaCS²².

Tabla III. Cuantía de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud²⁴.

Grupo	Código DPP	Prestación DPP	Código SEFLOGIC	Importe euros
1.1 Hospitalización y consultas	1.1.2	Urgencia	700001	244,89
	1.1.3	Primera consulta	700002	147,11
	1.1.4	Consultas sucesivas	700003	88,27
	1.1.11	Estancia UVI/UCI pediátrica	700007	3438,36
2.1 Consultas básicas	2.1.1	Primera consulta	700025	71,28
	2.1.3	Consultas sucesivas	700026	30,86
	2.1.3	Teleconsulta Asistencia primaria	701118	21,98
2.2 Consultas con pruebas o cuidados de enfermería	2.2.1	Primera consulta	700027	81,97
	2.2.2	Consultas sucesivas	700028	41,5
2.3 Consultas de enfermería	2.3.1	Consulta	700029	28,54
2.5 Consultas a domicilio	2.5.1	Primera consulta	700031	92,61
	2.5.2	Consulta sucesiva médica	700032	46,81
	2.5.3	Consulta de enfermería	700033	114,15

Tabla IV. Comparación del número medio de consultas un año antes y después de la puesta en marcha de ADPAP.

	Antes n.º (media)	Después n.º (media)	Diferencia n.º (media)	T M. relacionadas sig. (bilateral)	Student
n.º de consultas en AP	398 (23,41)	129 (7,59)	269 (15,82)	0,001*	
n.º de consultas en Hospital	893 (52,53)	802 (47,18)	91 (5,35)	0,462	
n.º de consultas ADPAP	—	299 (17,59)	—	—	
n.º total de consultas	1291 (75,94)	1230 (72,35)	61 (3,59)	0,682	

ADPAP: Atención Domiciliaria Pediátrica de Atención Primaria.

*Diferencia estadísticamente significativa.

Tabla V. Comparación del coste medio en euros de las consultas y gastos hospitalarios un año antes y después de la puesta en marcha de ADPAP.

	Antes Coste en € coste (medio)	Después Coste en € coste (medio)	Diferencia Coste en € coste (medio)	T Student M. relacionadas sig. (bilateral)
Coste de las consultas en AP	28.227 (1.660)	9202 (541)	19.025 (1119)	0,003*
Costes hospitalarios (consultas + urgencias + ingresos)	439.983 (25.881)	257.674 (15.157)	182.309 (10.724)	0,0017*
Coste de las consultas ADPAP	—	45.432 (2672)	—	—
Coste total de las consultas e ingresos	468.210 (27.542)	312.308 (18.371)	155.902 (9171)	0,0067*

* Diferencia significativa.

Tabla VI. Desglose de los costes hospitalarios (€).

Concepto	Antes	Después	Diferencia
Consulta Cuidados Paliativos Pediátricos Hospital	116.585	72.108	44.476
Consultas programadas Hospital	118.958	104.499	14.459
Ingresos Hospital	195.893	76.427	119.466
Urgencias Hospital	8547	4640	3907
Gasto total hospital	439.983	257.674	182.309

Valores redondeados al euro. Costes calculados aplicando las tarifas públicas del Servicio Canario de la Salud (2024).