

ORIGINAL

Adaptación y validación en Chile del instrumento de identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1[©]



Jonathan Troncoso^{1a}, Tina Morales-Meyer^a, Luis Villarroel^{2b}, Pamela Turrillas^{3c}
y Alfredo Rodríguez-Núñez^{a,*}

^a Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Región Metropolitana, Chile

^b Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Región Metropolitana, Chile

^c Cátedra de Cuidados Paliativos, Universidad de Vic y Central de Catalunya, Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 20 de febrero de 2020; aceptado el 18 de noviembre de 2020

10 PALABRAS CLAVE

Palliative care;
Chronic advanced disease;
Assessment of healthcare needs;
Primary health care;
Validation studies

Resumen

Objetivo: Adaptar y validar en Chile el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO 3.1[©].

Diseño: Estudio prospectivo, longitudinal, analítico para la validación de un instrumento en cinco etapas: adaptación cultural, validación de contenido, pilotaje, aplicación y análisis estadístico.

Emplazamiento: Cuatro centros de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en Santiago, Chile.

Participantes: Personal médico y de enfermería de atención primaria para la adaptación cultural y aplicación, y expertos en cuidados paliativos para la validación del contenido.

Mediciones principales: La adaptación cultural se realizó mediante entrevistas cognitivas. Se midió la validez de contenido con el método Delphi y se obtuvo la razón de validez de contenido de Lawshe (RVC). En el pilotaje se evaluó la estabilidad (test-retest), la armonía interjueces y el tiempo de aplicación en 14 enfermos crónicos avanzados (ECA). La aplicación se hizo a este mismo grupo, calculando la muestra según la recomendación de Nunally.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 118 ECA. La RVC fue de 0,75 y el tiempo promedio de aplicación de 6,7 min (DE = 4,01). El test-retest obtuvo un índice de concordancia del test Kappa entre 0,632 y 1,0; y la concordancia interjueces entre 0,192 y 0,692. La pregunta sorpresa (PS) fue positiva en el 20,3% de la muestra. Las principales condiciones asociadas al ítem de severidad enfermedad-específico fueron fragilidad (23,7%), enfermedad cardíaca crónica (21,2%) y enfermedad pulmonar crónica (12,7%). El grupo de demanda e indicadores específicos de severidad obtuvieron una mayor capacidad predictora de PS +, con un área bajo la curva de 0,808 (IC 95% 0,697 a 0,918).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 8aarodrin@uc.9cl (A. Rodríguez-Núñez).

Conclusiones: NECPAL es factible de ser aplicado en Chile, posee adecuadas propiedades psicométricas y permitirá la detección precoz de pacientes con necesidad de atención paliativa. © 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Palliative care;
Needs;
Validation studies;
Primary health care

Adaptation and validation in Chile of the patient identification instrument needing palliative care: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1[©]

Abstract

Objective: Adapt and validate the NECPAL instrument in Chile.

Design: Prospective, longitudinal, analytical study for validation of the instrument in 5 stages: cultural adaptation, content validation, pilot test, application, and statistical analysis.

Place: Four primary care centers of the South East Metropolitan Health Service, in Santiago, Chile.

Participants: Primary health care physicians and nurses for cultural adaptation and application, and palliative care experts for content validation.

Main measurements: Cultural adaptation was carried out through cognitive interviews. Content validity was measured using Delphi method and the Lawshe content validity ratio (CVR) was obtained. In the pilot test, we measured stability (test-retest), inter judge harmony and application time in 14 chronic advanced patients (CAP). The test was applied to this same group, calculating the sample according to Nunally's recommendation.

Results: A sample of 118 CAP was obtained. The CVR was 0.75 and the average testing time was 6.7 min (SD = 4.01). The test-retest obtained a Kappa test concordance index between 0.632 and 1.0; and the interjudge harmony agreement between 0.192 and 0.692. The surprise question (PS) was positive in 20.3% of the sample. The main conditions associated with the disease-specific severity item, were fragility (23.7%), chronic heart disease (21.2%) and chronic lung disease (12.7%). The demand group and specific severity indicators obtained a greater predictive capacity of PS+, with an area under the curve of 0.808 (95% CI: 0.697–0.918).

Conclusions: NECPAL is feasible to be used in Chile, has adequate psychometric properties and will allow early detection of patients in need of palliative care.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Dos tercios de los adultos que necesitan atención paliativa al final de su vida son personas con enfermedades crónicas avanzadas (ECA) no oncológicas¹. La Organización Mundial de la Salud recomienda la extensión de cuidados paliativos (CP) a este grupo de pacientes².

Los médicos y el equipo de salud tienden a sobrestimar el tiempo de supervivencia de sus pacientes con ECA, lo que genera un retraso en la adopción de medidas paliativas³. Identificar precoz y oportunamente la primera transición paliativa⁴ en la Atención Primaria (APS) es fundamental para la implementación de un enfoque que logre brindar una atención integral e integrada y mejorar la calidad de vida^{5–7}. Esta identificación temprana ha demostrado mejorar la satisfacción en la atención, disminuir las intervenciones desproporcionadas y los costos en salud^{8,9}.

El instrumento NECPAL fue creado a partir de una adaptación española de las escalas *Prognostic Indicator Guidance* (PIG)¹⁰ y el *Supportive & Palliative Care Indicators Tool* (SPICT)¹¹, tiene por objetivo identificar oportunamente a personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado. Está compuesto por

14 ítems de respuesta dicotómica (sí/no), estructurados en cuatro dimensiones: la pregunta sorpresa (PS), elección o demanda de CP, indicadores generales de severidad e indicadores específicos. Se considera NECPAL positivo, es decir, con necesidad de atención paliativa, a aquel paciente que cumple con la PS y un ítem extra positivos^{5,12}.

En la actualidad, no se cuenta en Chile con instrumentos validados para la identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa. Por esta razón, el objetivo de este estudio es adaptar y validar en este país el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO 3.1[©].

Material y métodos

Estudio prospectivo, longitudinal y analítico para la validación de un instrumento. Siguiendo las directrices del *International Test Commission*¹³, se diseñaron cinco etapas (fig. 1): 1) adaptación cultural, 2) validación de contenido, 3) pilotaje, 4) aplicación y 5) análisis estadístico. La autorización para la adaptación y validación transcultural fue obtenida de los autores.

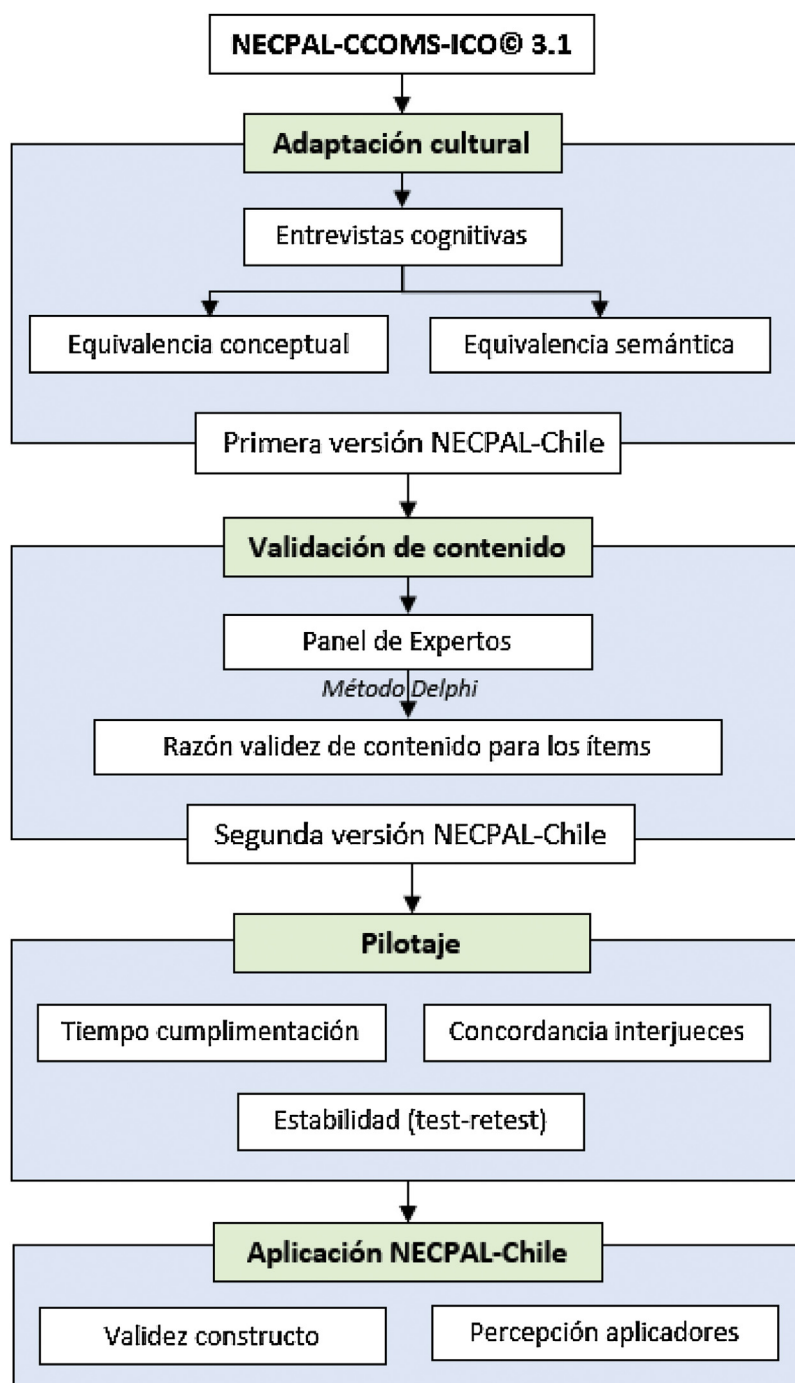


Figura 1 5Estudio 6prospectivo, 7longitudinal y analítico para validar en Chile el instrumento NECPAL.

Adaptación cultural

Se realizaron entrevistas cognitivas a médicos que trabajan en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la APS, en las comunas de La Florida y Puente Alto (área sur oriente de Santiago) para explorar *factibilidad* y *equivalencia semántica*, es decir, las entrevistas buscaron determinar si los ítems en el instrumento original son aplicables en Chile y si los conceptos y palabras utilizadas son equivalentes en la realidad cultural chilena^{14,15}. El muestreo fue por

conveniencia hasta saturar la información y se realizó un análisis de contenido con codificación deductiva. De este proceso, se obtuvo la primera versión del instrumento.

Validación de contenido

Se analizó la *validez de contenido* a través del método Delphi electrónico en un panel de expertos, obteniéndose la razón de validez de contenido (RVC) de Lawshe modificado para el instrumento^{16,17}. La RVC es una medida de acuerdo

sobre el grado en que cada uno de los ítems del instrumento son relevantes para lo que se propone medir, su valor mínimo para considerar un ítem aceptable es de 0,58, reflejando un 58% de grado de acuerdo entre el panel. Los criterios de inclusión utilizados fueron: ser profesional médico o de enfermería, con experiencia clínica de al menos tres años en CP y/o formación de post-título en el área, pertenecientes a los ámbitos público y privado del sistema de salud (nivel primario y secundario) y con ejercicio tanto en la Región Metropolitana como en otras regiones del país. La segunda versión del instrumento se obtuvo a partir del análisis de RVC para cada ítem, excluyéndose los ítems con RVC menor a 0,58.

Pilotaje

Se realizó un pilotaje de la segunda versión del instrumento en el CESFAM Villa O'Higgins de la comuna de La Florida en Santiago. En una muestra de 14 pacientes con ECA identificados a través del *Adjusted Clinical Groups* (ACG)¹⁸ del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) y categorizados como *Resource Utilization Bands* (RUB 4 o RUB 5).

ACG es una herramienta de clasificación de pacientes por carga de enfermedad, considerando aspectos como número de consultas a urgencias, comorbilidades y uso de recursos¹⁸. Dentro de esta clasificación, RUB los agrupa en quintiles según la intensidad de consumo de recursos, considerándose a los RUB 4 y 5 de alto riesgo¹⁹.

El instrumento fue aplicado y respondido por personal médico y de enfermería que conocían a este grupo de sujetos y eran sus tratantes de cabecera. No se tomó contacto con los pacientes y su ficha clínica, solo fue revisada por su tratante en caso de duda. En el pilotaje se midió el tiempo de cumplimentación, la armonía interjueces y la estabilidad (test-retest) con una diferencia de 14 días.

La armonía interjueces mide el grado de concordancia en la aplicación del test entre dos observadores. La estabilidad del instrumento, evalúa la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos. Se escogió una diferencia de 14 días en el retest por ser un tiempo en el que no se esperan cambios clínicos significativos en los pacientes y por ser lo suficientemente distanciado para evitar recordar las respuestas de la primera aplicación^{20,21}. De este proceso, se obtuvo la tercera versión y final del instrumento (Anexo 1 y 2).

Aplicación

La versión final del instrumento fue aplicada en cuatro CESFAM de las comunas de La Florida, Puente Alto y La Pintana, pertenecientes al SSMSO en Santiago. La población diana fueron pacientes crónicos avanzados RUB 4-5 identificados a través del ACG del SSMSO.

Se calculó una muestra de cinco veces el número de ítems²², valor sobre el cual se estimó un 30% de pérdidas por no respuesta, resultando un mínimo de 91 pacientes. El instrumento fue aplicado por 14 profesionales (personal médico y de enfermería), estos profesionales recibieron una capacitación de 30 minutos sobre el objetivo del instrumento, población diana e instructivo de aplicación, la instancia permitió, además, resolver dudas.

Se midió la percepción de los profesionales sobre el instrumento (factibilidad) a través de una encuesta electrónica, utilizando una escala tipo Likert sobre: comprensibilidad, lenguaje utilizado, formato y utilidad clínica del instrumento (tabla 1).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas de la fase piloto y la aplicación. Para el análisis de la estabilidad del instrumento y de la armonía interjueces se calculó el índice de concordancia del test Kappa (κ) para cada uno de los ítems, se efectuó, además, un análisis complementario, correlacionando el puntaje total del instrumento en el tiempo cero y 14 días (test-retest) y entre profesionales, utilizando ρ de Spearman.

En la validez de constructo, se realizó un análisis de la relación del resultado de la PS con los otros ítems del instrumento, empleando la prueba de χ^2 y el cálculo de *odds ratio* (OR). Se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes para comparar el puntaje promedio del instrumento entre los grupos con PS positiva y negativa. Nuestra hipótesis fue que los pacientes con PS positiva deberían tener una mayor cantidad de ítems positivos en las preguntas 1 a la 9 del instrumento.

Se utilizó la regresión logística binaria para el análisis de los ítems que contribuyen a la positividad de la PS, la selección del mejor modelo se hizo usando un método paso-a-paso, considerando inicialmente los ítems del 1 al 9 (anexo 1) como candidatos y seleccionando los significativos con el método *stepwise*. En el modelo, se incluyeron variables que fueran significativas con $p < 0,1$ y se eliminaron las no significativas con $p < 0,05$.

Tabla 1 Percepción de profesionales sobre el instrumento NECPAL-Chile

Pregunta	% de grado de acuerdo (n)			
	1	2	3	4
Está escrito en un lenguaje comprensible	0	0	15,4 (2)	84,6 (11)
El formato me pareció adecuado	0	0	23,8 (3)	76,9 (10)
Me fue sencillo responderlo	0	0	53,9 (7)	46,1 (6)
Me parece un instrumento útil en mi práctica clínica	0	0	30,8 (4)	69,2 (9)

1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: De acuerdo, 4: Muy de acuerdo

Los resultados obtenidos se analizaron en el programa SPSS (versión 24), se consideró significancia estadística con un valor $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ético Científico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (código 180702001, 16 de agosto del 2018) y por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (6 de diciembre del 2018). Todos los participantes del estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado.

Resultados

Adaptación cultural

Se saturó información con cinco entrevistas (60% personal médico y 40% personal de enfermería), experiencia clínica promedio de tres años. Las principales dimensiones que emergieron del análisis fueron: (1) nivel de conocimientos sobre escalas, (2) equivalencias semánticas, (3) discrepancias semánticas y (4) sugerencias (tabla 2). Del análisis del proceso se obtuvo una primera versión de NECPAL-Chile.

Validación de contenido

El panel estuvo conformado por 11 expertos, en su mayoría mujeres (63%), médicos(as) (90,9%), con un promedio de experiencia de trabajo en CP de 12,3 años. Se obtuvo una RVC para cada uno de los ítems de NECPAL que fluctuó entre 0,545 y 0,91, con un RVC para el instrumento de 0,69 y de 0,753, eliminando los ítems con RVC menor a 0,58, después de dos rondas de trabajo.

La segunda ronda se realizó para profundizar sobre los resultados de los ítems con RVC menor a 0,58 (necesidad de CP, declive cognitivo, malestar emocional y vulnerabilidad social), obteniéndose para todos ellos RVC inferiores a 0,58, por lo que, al no cruzar el umbral definido de Lawshe modificado, se eliminaron de la versión final. Además, el panel sugirió suprimir el índice de fragilidad de Rockwood y reemplazarlo por la escala FRAIL, dado que la primera no se usa en Chile.

Pilotaje

El piloto se realizó en una muestra de 14 pacientes, con una media de $70,27 \pm 8,4$ años, rango de edad de 56 a 86 años, con 60% mujeres y 40% hombres. El tiempo promedio de cumplimentación del instrumento en la primera vez que se aplicaba fue de $6,7 \pm 4,01$ min, este tiempo disminuyó a 3,9 min ($p = 0,00$) en la segunda aplicación.

La estabilidad del instrumento (test-retest por el mismo observador) obtuvo un índice de concordancia del test κ que fluctuó entre 0,632 y 1,0 (tabla 3). La concordancia interjueces obtuvo κ entre 0,192 y 0,692.

La correlación del puntaje total del instrumento en el tiempo 0 y 14 días (test-retest), utilizando ρ de Spearman fue 0,905 para el personal de enfermería y 0,950 para el personal médico. La correlación del puntaje total entre

ambos, utilizando ρ de Spearman fue 0,65 (test) y 0,703 (retest).

Aplicación

La aplicación de la versión final de NECPAL-Chile fue realizada sobre 118 pacientes, de los cuales, 66,1% fueron mujeres y 33,9% fueron hombres, edad media de $71,92 \pm 10,18$ años (mínimo 37 y máximo 90 años), de los aplicadores un 71,2% fueron enfermeros(as) y un 28,8% médicos(as) (tabla 4). De los 118 pacientes estudiados, 24 resultaron NECPAL positivo (20,3%) y 94 negativos (79,7%). La principales condiciones o enfermedades asociadas al ítem de severidad fueron fragilidad (23,7%), enfermedad cardíaca crónica (21,2%) y enfermedad pulmonar crónica (12,7%).

La PS fue positiva (PS +) en el 20,3% de los pacientes. El puntaje promedio de NECPAL con PS + fue 3,87 y 1,42 con PS negativa (PS -), diferencia de medias 2,44 ($p = 0,000$) utilizando t de Student (IC 95% 1,71 a 3,17).

Los tres ítems con mayor OR de positividad de la PS fueron los de demanda, declive nutricional y declive funcional, los que al estar presentes aumentan el riesgo de obtener una PS + (tabla 5). El análisis de regresión logística identificó un modelo de dos ítems (demanda + indicadores específicos de severidad) con mayor capacidad predictora sobre la positividad de la PS (tabla 6), con un área bajo la curva de 0,808 (IC 95% 0,697 a 0,918) (fig. 2).

Con relación a la percepción de profesionales, se observó un alto nivel de acuerdo en profesionales aplicadores sobre la sencillez en responder NECPAL, lenguaje comprensible, formato adecuado y utilidad clínica (tabla 1).

Discusión

Del proceso de adaptación cultural de NECPAL, se observó que una alta proporción de ítems tienen equivalencia semántica en Chile, sin embargo, fue necesario realizar adaptaciones de palabras, abreviaturas y formato para facilitar su comprensión, manteniendo la equivalencia conceptual con el instrumento original. En este sentido, adaptar un instrumento es necesario previo a su aplicación en una población distinta a la que fue diseñado, ya que una pregunta puede ser válida o no entre un medio cultural y otro, pese a compartir el mismo idioma²⁰.

Cuatro ítems fueron eliminados durante el proceso de validación de contenido por no superar el valor mínimo de RVC. Algunos argumentos vertidos por el panel de expertos fueron el solapamiento de la pregunta de *necesidad de CP identificada por profesionales miembros del equipo* con la de *demanda de atención paliativa* que también incorpora la visión del equipo. Por otro lado, la utilidad del ítem se ve mermada por el bajo grado de conocimiento sobre la identificación de necesidades paliativas en profesionales chilenos, esto debido a la baja inclusión de los CP en la formación de pre y postgrado. Se estima que solo un 57% de los planes de estudio de medicina en Chile contienen al menos un curso o clase aislada en CP²³.

Tabla 2 Análisis de entrevistas en profundidad con profesionales de la Atención Primaria

Categoría	Subcategoría	Comentario
Conocimientos escalas y conceptos	Bajo nivel de conocimiento	Detección de malestar emocional (ESAS) <i>Global Deterioration Scale (GDS)</i> Índice de fragilidad de Rockwood Escala Karnofsky
	Buen nivel de conocimiento	Actividades básicas de la vida diaria Barthel Minimental
Equivalencias en Chile	Pregunta sorpresa Limitación del esfuerzo terapéutico Dependencia severa Definición de recurrente Multimorbilidad Indicadores específicos de severidad	
Discrepancias en Chile	Definiciones	Vulnerabilidad social severa Síndrome persistente Demanda explícita o implícita Ingreso urgente o no planificado Capacidad vital (CV) forzada Volumen espiratorio máximo en un segundo (VEMS) Filtración glomerular (FG) Ictus Insuficiencia renal severa Tratamiento sustitutivo
Sugerencias	Abreviaturas Anexo 1	Cambiar ingreso por hospitalización Otra escala de evaluación cognitiva Tiempo de síntomas refractarios Delimitar el tiempo persistente Agregar casilla respuesta anexo 1 Eliminar abreviaturas Eliminar del encabezado Ficha Clínica y servicio
	Cambios	
	Definir conceptos	
	Formato	

Tabla 3 Coeficientes de Kappa pretest y retest, intra e interobservadores

Profesional	Enfermero(a) día 0	Médico(a) día 0	Enfermero(a) día 14	Médico(a) día 14
Enfermero(a) día 0	1	0,65	0,905	0,63
Médico(a) día 0	0,65	1	0,67	0,95
Enfermero(a) día 14	0,90	0,67	1	0,70
Médico(a) día 14	0,63	0,95	0,70	1

Sobre piloto

El tiempo de cumplimentación resultó un poco mayor a la experiencia de NECPAL en España (4,77 min)²⁴ y lo reportado en la validación del instrumento SPICT al español (4,45 min)²⁵. Sin embargo, se observó una disminución significativa del tiempo en el pilotaje en la segunda aplicación, que podría deberse al aprendizaje y familiarización con el instrumento.

La estabilidad obtuvo una fuerza de concordancia medida por el coeficiente κ que varió entre *considerable* a *casi perfecta*²⁶, sin embargo, la concordancia interobservadores (personal médico-enfermería) fue *leve* a *moderada*, lo que es concordante con otros estudios que muestran

concordancia moderada entre ambos profesionales para la PS^{12,24}. Este hallazgo puede hacer recomendable el consenso entre el equipo tratante al momento de responder la PS.

Sobre resultados

En la población diana, la condición avanzada más frecuente fueron las insuficiencias crónicas de órgano y la fragilidad, este hallazgo es diferente a lo reportado en cohortes españolas donde predomina la fragilidad-demencia y edades medias mayores a las encontradas en nuestro estudio, aunque concuerdan en el predominio femenino^{5,12,27}. Encontramos que un 24% de los pacientes tenían PS y NECPAL positivos, vs. un 8,6 y 8% en los pacientes mayores de 65

Tabla 4 Descriptivos NECPAL- Chile en fase aplicación

Variable	n	%
<i>Total pacientes</i>	118	100
<i>Sexo</i>		
Femenino	78	66,1
Masculino	40	33,9
<i>Clasificación del</i>		
<i>Adjusted Clinical Groups</i>		
RUB 4	82	69,5
RUB 5	36	30,5
<i>Profesional tratante</i>		
Médico(a)	34	28,8
Enfermero(a)	84	71,2
<i>Centro de Salud Familiar</i>		
Villa O'Higgins	19	16,1
Madre Teresa de Calcuta	34	28,8
San Alberto Hurtado	42	35,6
Juan Pablo II	23	19,5
<i>Pregunta sorpresa</i>		
Me sorprendería	94	79,7
No me sorprendería	24	20,3
<i>Demanda</i>		
Sí	11	9,3
No	107	90,7
<i>Declive nutricional</i>		
Sí	4	3,4
No	114	96,6
<i>Declive funcional</i>		
Sí	12	10,2
No	106	89,8
<i>Dependencia severa</i>		
Sí	2	1,7
No	116	98,3
<i>Síndromes geriátricos</i>		
Sí	12	10,2
No	106	89,8
<i>Síntomas persistentes</i>		
Sí	58	49,2
No	60	50,8
<i>Multimorbilidad</i>		
Sí	59	50
No	59	50
<i>Uso de recursos</i>		
Sí	24	20,3
No	94	79,7
<i>Indicadores específicos de severidad</i>		
Sí	45	38,1
No	73	61,9

años españoles, esta diferencia se podría deber a que la población diana de nuestro estudio fueron personas con ECA seleccionadas a través de RUB 4-5 de ACG y no la población general.

Limitaciones del diseño utilizado

El proceso de adaptación y validación se realizó solo en APS. NECPAL fue diseñado para ser aplicado en todos los niveles asistenciales y servicios sociales. Sin embargo, creemos

que la versión validada es aplicable en otros niveles asistenciales, dado que la población diana tiene co-manejo con el nivel secundario-terciario y los profesionales del panel de expertos trabajan además en esos niveles del sistema de salud.

No realizamos validez de criterio al no contar con otros instrumentos validados en Chile que midan el mismo concepto. El estudio no evaluó la efectividad predictiva de NECPAL, aunque el objetivo del instrumento no es predecir la mortalidad, diversos estudios han explorado esta

Tabla 5 Riesgo de tener la pregunta sorpresa positiva por cada ítem positivo

Ítem NECPAL positivo	OR PS +	IC 95%
Demanda	39,17	5,27- 291,19
Declive nutricional	11,75	1,28- 108,01
Declive funcional	11,75	3,44- 40,09
Dependencia severa	-	-
Síndromes geriátricos	1,31	0,38- 4,45
Síntomas persistentes	1,25	0,84- 1,86
Multimorbilidad	2	1,49- 2,71
Uso de recursos	5,48	2,79- 10,79
Indicadores específicos de severidad	2,61	1,76- 3,87

IC: índice de confianza; OR: *odds ratio*; PS: pregunta sorpresa

Nota: Dependencia severa no pudo ser calculado.

Tabla 6 Modelo regresión logística para NECPAL positivo

	B	Error estándar	Valor p	OR	IC 95% para OR	
					Inferior	Superior
P1	-3.618	1.113	0,001	0,027	0,003	0,238
P9	-1.443	0,583	0,013	0,236	0,075	0,741
Constante	2.542	0,446	0,000	12.703	-	-

B: parámetro estimado; IC: índice de confianza; OR: *odds ratio*; P1: ítem de demanda; P2: ítem de indicadores específicos de severidad.

relación²⁸⁻³¹ y puede ser un asunto de interés en futuras investigaciones en nuestro país.

Cuidados paliativos como función esencial de la APS

Contar con una herramienta validada para la identificación precoz de personas con necesidades de atención paliativas en los servicios de salud es un paso fundamental en la implementación de una política pública que brinde atención multidimensional al paciente y su familia.

Dicha identificación precoz puede tener nuevos desafíos e implicaciones bioéticas para los equipos, como son la comunicación de la identificación de necesidad paliativa, el respeto a los valores y preferencias de los pacientes en las voluntades anticipadas, la educación a los cuidadores y la atención del duelo.

Se requiere futura investigación sobre los aspectos psicosociales contenidos en la versión original de NECPAL que permitan validar en el país las escalas de malestar emocional y definir las dimensiones de la vulnerabilidad social severa en nuestro contexto, ya que la evaluación psicosocial es un componente esencial del cuidado en este grupo de pacientes.

En el contexto latinoamericano, nuestro país tiene un buen desarrollo de los CP³². Sin embargo, la provisión de atención paliativa ha estado focalizada en los pacientes oncológicos, quedando aquellos con otras ECA sin cobertura. Esta situación representa un desafío para nuestro sistema de salud frente a la necesidad de integrar los CP para todas las personas que lo necesiten como una función esencial de la APS³³.

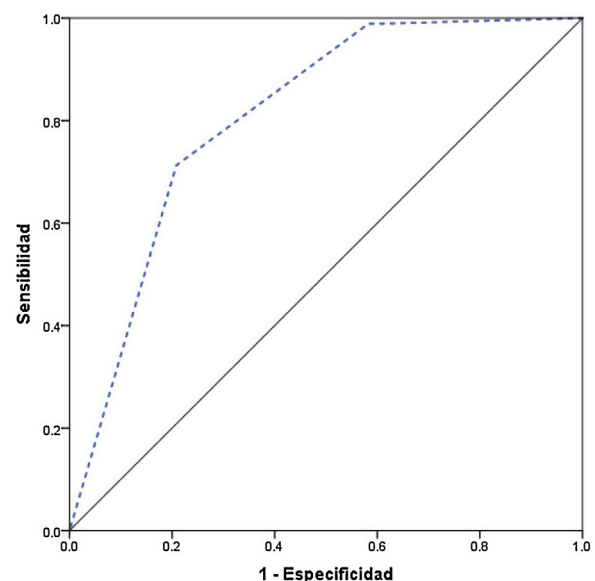


Figura 2 Curva ROC del modelo de regresión logística para la positividad de la PS. Área bajo la curva 0,808 (IC 95% 0,697 a 0,918).

IC: índice de confianza; PS: pregunta sorpresa; ROC: *receiver operating characteristic curve*.

Conclusión

El instrumento NECPAL es factible de aplicar en Chile, ya que es de corta duración, de fácil aplicación y presenta adecuadas propiedades psicométricas. Esta herramienta permitirá realizar una pesquisa precoz de necesidades de atención

paliativa en pacientes con ECA en APS y brindarles una atención integral e integrada.

Lo conocido sobre el tema

- En Chile, se desconoce la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa.
- La identificación precoz de la necesidad de atención paliativa a través de instrumentos validados es necesaria para activar la mirada paliativa.
- La identificación precoz con instrumentos validados apoya a los profesionales de la salud en la toma de decisiones y en la planificación del cuidado, asegurando una atención de calidad.

Qué aporta este estudio

- El instrumento NECPAL es factible de aplicar en Chile y posee adecuadas propiedades psicométricas.
- En esta validación, las condiciones avanzadas más frecuentes con necesidad de atención paliativa fueron las insuficiencias crónicas de órgano y la fragilidad.
- Los ítems de demanda, indicadores específicos de enfermedad y síndromes geriátricos forman un clúster de mayor riesgo de obtener la pregunta sorpresa positiva.

Financiación

Dirección de Postgrado de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Fondo Becario Residente N° PB 20/19).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Xavier Gómez-Batiste por la autorización para realizar este estudio en Chile y a la Unidad de Análisis y Gestión de la Información en Salud, Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente por la facilitación de la base de datos ACG para el cálculo de la población diana.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2021.101994](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101994)

Bibliografía

1. World Palliative Care Alliance, WHO. Global atlas of palliative care at the end of life. 2014, <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 2014, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-sp.pdf.
3. Knaus WA, Harrell FE, Lynn J, Goldman L, Phillips RS, Connors AF, et al. The SUPPORT prognostic model Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. *Ann Intern Med.* 1995;122:191–203, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-122-3-199502010-00007>.
4. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005;330:1007–11, <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>.
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:300–8, <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>.
6. Walsh RI, Mitchell G, Francis L, Van Driel ML. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. *J Palliat Care.* 2015;31:118–23, <https://doi.org/10.1177/082585971503100208>.
7. Maas EAT, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:444–51, <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000527>.
8. Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Martínez-Muñoz M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia World Health Organization demonstration project for palliative care implementation: quantitative and qualitative results at 20 years. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43:783–94, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006>.
9. Hodgson C. Cost-effectiveness of Palliative Care: a review of the literature. Ontario. Canadian Hospice Palliative Care Association. <http://hpcintegration.ca/media/24434/TWF-Economics-report-Final.pdf>.
10. Royal College of General Practitioners. The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG): The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier identification of patients nearing the end of life leading to improved proactive person-centred care. 2016. <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>
11. The University of Edinburgh. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICCTM). 2019;1, <https://www.spict.org.uk/the-spict/>.
12. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28:302–11, <https://doi.org/10.1177/0269216313518266>.
13. International Test Commission. The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). 2010. *International Journal of Testing*, 18:2, 10118–134, <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25:3186–91, <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.

15. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol.* 2015;68:435–41, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>.
16. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol.* 1975;28:563–75, <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>.
17. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *20Avances en Medición.* 2008;6:37–48, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2981185>.
18. Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res.* 1991;26:53–74, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/23pmc/articles/PMC241069810/>.
19. Santelices CE, Muñiz VP, Arriagada BL, Delgado SM, Rojas FJ. Aplicación de grupos clínicos ajustados como herramienta de ajuste de riesgo: Evaluación en la distribución de recursos en programa de enfermedades crónicas. *Rev Med Chil.* 2014;142:153–60, <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200002>.
20. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz-Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sist Sanit Navarra.* 2011;34:63–72, <https://doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007>.
21. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez-Salvanés F, Carmona-Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin.* 2009;5:171–7, <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.09.007>.
22. Nunnally J. *Psychometric theory.* Second ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
23. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort JCC. *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica.* First ed. Houston: IAHPC Press; 2012. p. 71–88.
24. Rodríguez-Calero MÁ, Julià-Mora JM, Prieto-Alomar A. Detección de necesidad de atención paliativa en una unidad de hospitalización de agudos. Estudio piloto. *Enferm Clin.* 2016;26:238–42, <https://www.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.004>.
25. Alonso-Fachado A, Sansó-Martínez N, Martín-Roselló M, Ventosa-Rial JJ, Oliver EB, Gómez-García R, et al. Spanish adaptation and validation of the supportive & palliative care indicators tool - SPICT-ESTM. *Rev Saude Publica.* 2018;52:3, <https://www.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000398>.
26. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159, <https://www.doi.org/10.2307/2529310>.
27. Blay C, Martori JC, Limón E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas. *Aten Primaria.* 2019;51:71–9, <https://www.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.004>.
28. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med.* 2017;31:754–63, <https://www.doi.org/10.1177/0269216316676647>.
29. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ. The «surprise question» for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2017;189:E484–93, <https://www.doi.org/10.1503/cmaj.160775>.
30. Esteban-Burgos AA, El Mansouri-Yachou J, Muñoz-Ramírez R, Hueso-Montoro C, García-Caro MP, Montoya-Juárez R. Prognostic models associated with 6-month survival of patients admitted to nursing homes. *Gerontology.* 2019;65:40–4, <https://www.doi.org/10.1159/000490243>.
31. Calsina-Berna A, Martínez-Muñoz M, Bardés-Robles I, Beas-Alba E, Madariaga-Sánchez R, Gómez-Batiste-Alentorn X. Intra-hospital mortality and survival of patients with advanced chronic illnesses in a tertiary hospital identified with the NECPAL CCOMS-ICO © Tool. *J Palliat Med.* 2018;21:665–73, <https://www.doi.org/10.1089/jpm.2017.0339>.
32. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. The Economist. 2015, <http://www.apcp.com.pt/uploads/2015-EIU-Quality-of-Death-Index-Oct-6-FINAL.pdf>.
33. WHO. Why palliative care is an essential function of primary health care. 2018, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>.