

Adaptación y validación al español del cuestionario de identificación paliativa SPICT-ES™

Alfonso Alonso Fachado^I, Noemí Sansó Martínez^{II}, Marisa Martín Roselló^{III}, José Javier Ventosa Rial^{IV}, Enric Benito Oliver^V, Rafael Gómez García^{III}, José Manuel Fernández García^{VI}

^I Servizo Gallego de Saúde. Subdirección General de Planificación y Programación Asistencial. Santiago de Compostela, Galicia, España

^{II} Universidad de las Islas Baleares. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Mallorca, Islas Baleares, España

^{III} Fundación Cudeca. Málaga, Andalucía, España

^{IV} Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde. Ferrol, Galicia, España

^V Universidad Francisco de Vitoria. Madrid, España

^{VI} Centro de Salud de Porto do Son. Servizo Gallego de Saúde. Porto do Son, Galicia, España

RESUMEN

OBJETIVO: Adaptar culturalmente al español y validar el SPICT™, una herramienta breve y sencilla para apoyar una mejor identificación de pacientes crónicos que presentan necesidades de atención paliativa.

MÉTODOS: Para este estudio se diseñó un proyecto multicéntrico y nacional entre centros de Galicia, Islas Baleares y Andalucía. Para el proceso de traducción y adaptación transcultural del SPICT™ al castellano, se siguieron los pasos propuestos por Beaton et al. con sucesivas traducciones y posterior consenso de expertos mediante la metodología *debriefing*. Tras finalizar la validación de contenido se procedió a la validación de las propiedades psicométricas. Se diseñó un estudio longitudinal prospectivo en 188 pacientes de Galicia, Baleares y Andalucía. Fue analizada la consistencia interna y la fiabilidad test-retest a los 10 días por el mismo investigador.

RESULTADOS: A más del 90% de los participantes SPICT-ES™ les parece sencillo cumplimentarlo, y consideran que está escrito en un lenguaje comprensible. El tiempo medio para aplicar el cuestionario sin conocimiento previo fue de 4 minutos y 45 segundos. Para la evaluación de la consistencia interna del instrumento, se ha utilizado la fórmula *Kuder Richardson 20*. La consistencia interna es de 0,71. El índice de concordancia del test Kappa se encuentra entre 0,983 y 0,797 para los distintos ítems.

CONCLUSIONES: En este estudio se ha demostrado la equivalencia de contenido con el original. Además, la validación de las propiedades psicométricas establece que SPICT-ES™ mantiene una adecuada fiabilidad y estabilidad. Si añadimos la satisfacción mostrada por los profesionales y la facilidad de uso, SPICT-ES™ es una herramienta adecuada para la identificación de pacientes paliativos con enfermedades crónicas y necesidad de cuidados paliativos.

DESCRIPTORES: Cuidados Paliativos Toma de Decisiones Clínicas. Técnicas de Apoyo para la Decisión. Encuestas y Cuestionarios, utilización. Traducciones. Estudios de Validación. Estudio Multicéntrico.

Correspondencia:

Alfonso Alonso Fachado
Subdirección general de Planificación
y Programación Asistencial
Dirección general de Asistencia
Sanitaria
Servicio Gallego de Salud
Edificio Administrativo de San
Lázaro, s/n
15707 Santiago de Compostela,
A Coruña, España
E-mail: alfonso.alonso.fachado@
sergas.es

Recibido: 5 dic 2016

Aprobado: 21 dic 2016

Como se cita: Alonso-Fachado A, Sansó-Martínez N, Martín-Roselló M, Ventosa-Rial J, Benito-Oliver E, Gómez-García R, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario de identificación paliativa SPICT-ES™. Rev Saude Publica. 2018;52:3.

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

Una de las dificultades con la que se enfrentan los profesionales que trabajan con pacientes crónicos es la identificación de cuáles de ellos presentan necesidades de atención paliativa. Hasta la fecha, a nivel internacional, existen diversos cuestionarios que se han diseñado con el objetivo de detectar a los pacientes paliativos, entre ellos el *RADBoud indicators for Palliative Care Needs*, RADPAC¹, o el *Prognostic Indicator Guide*, GSF/PIG². En España también fue elaborado el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO® por Gómez-Batiste et al.³

El objetivo fundamental de la atención paliativa en cualquier servicio sanitario o sociosanitario es aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de los pacientes que presentan una enfermedad crónica con un pronóstico de vida limitado⁴. En este sentido, existen pocos criterios de identificación objetivos o herramientas validadas para apoyar a los médicos en la tarea de identificar un punto de transición para comenzar a integrar los cuidados paliativos⁵. Por este motivo, es importante reconocer el punto de inflexión a partir del cual el paciente se beneficiará de una atención paliativa de mayor intensidad. La dificultad consiste en determinar el momento que marcará la inclusión de esa persona en una atención específica de cuidados paliativos. El establecimiento de este momento, marcará la separación entre la enfermedad crónica avanzada y la transición paliativa tal como se ha definido por Boyd y Murray⁶. La importancia de identificarlo se fundamenta en evitar la conocida como “parálisis pronóstica” del profesional que puede retrasar un cambio de enfoque en el paciente durante demasiado tiempo. Los profesionales deben estar atentos a la posibilidad de que un paciente pueda beneficiarse de cuidados de soporte y paliativos, fundamentales para ofrecer un mejor cuidado al final de su vida⁶.

Con este objetivo, en el año 2010 el *University of Edinburgh Primary Palliative Care Research Group* y el *NHS Lothian* (Edimburgo, Escocia) elaboraron el SPICT™⁷, con el propósito de crear una guía que identificase y ofreciese las pautas necesarias para la realización de un plan de cuidados en aquellos pacientes con necesidades de cuidados paliativos. La versión del cuestionario SPICT™ sobre la que se ha trabajado en este proyecto, es de noviembre del 2013, accesible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.spict.org.uk/the-spict/spict-es/spict-es-download/>.

Este artículo describe el proceso de traducción, adaptación al castellano y validación de las propiedades psicométricas del SPICT™, con el objetivo de establecer la validez de contenido, fiabilidad y estabilidad de la escala que nos permitirá confirmar que esta es equivalente con la original. El SPICT™ se compone de 27 ítems con respuesta dicotómica sí/no y un apartado final donde se define el plan de cuidados necesario en caso de que el paciente sea identificado como paciente con necesidades de atención paliativa. Los 27 ítems se encuentran agrupados en dos categorías: una primera de indicadores generales de deterioro de la salud, y una segunda de indicadores clínicos de enfermedad avanzada. La identificación del paciente con necesidades paliativas se basa en la existencia de al menos dos indicadores de deterioro general de salud asociado a un indicador de enfermedad avanzada.

El SPICT-ES™ se constituye como una herramienta sencilla y de formato de una sola página, con identificadores de deterioro de la salud comúnmente presentes en las enfermedades avanzadas y un lenguaje fácilmente comprensible para su cumplimentación. Los datos conocidos hasta la fecha demuestran que esta herramienta identifica al 48% de todos aquellos que fallecerán en los siguientes 12 meses a haber cumplido los criterios SPICT. Este cuestionario presenta una sensibilidad del 70% y una especificidad del 87%, según en un estudio sobre 1.546 pacientes mayores de 70 años en un centro de salud⁸.

El objetivo de este estudio fue traducir, adaptar transculturalmente al castellano y validar la versión española del SPICT-ES™ con el propósito de que cumpla con los criterios de equivalencia con el original.

MÉTODOS

Este proyecto se ha desarrollado como un proyecto de investigación multicéntrico y nacional en el que han colaborado el Servicio Gallego de Salud, el Servicio de Salud de Islas Baleares y la Fundación CUDECA (Fundación de Cuidados del Cáncer) de Málaga. Las tres organizaciones que han participado poseen la experiencia necesaria para llevar a cabo este proyecto. Las dos primeras son las responsables de la coordinación de los Planes y Estrategias de Cuidados Paliativos en sus Comunidades Autónomas. La tercera desarrolla una importante labor como institución que ofrece una atención integral a los enfermos con cáncer y sus familias, a través de la creación de un programa completo de cuidados paliativos asistenciales, divulgativos, formativos y de investigación en el área de Málaga.

Para la realización de este estudio se han solicitado, en primer lugar, los permisos necesarios a los autores de la herramienta original para su adaptación al castellano. En ese momento se ha creado una comisión central de siete expertos que se encargarían de las labores de coordinación y revisión de la documentación. A continuación, se ha seguido el método de traducción-retrotraducción propuesto por Beaton et al.⁹ Para ello se han establecido las siguientes etapas (Figura):

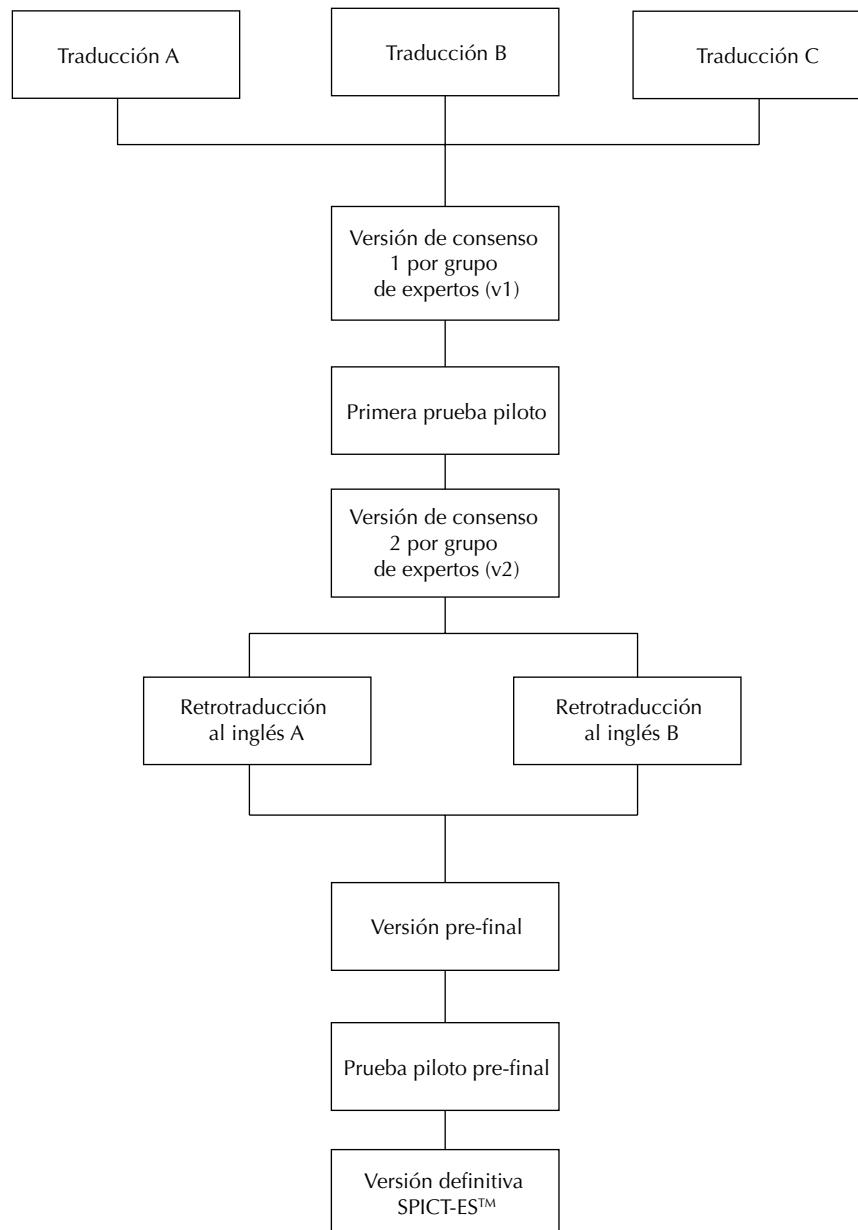


Figura. Esquema del proceso de adaptación del SPIC-T-ES™.

1. Traducción: la traducción al castellano de la versión original ha sido realizada por tres expertos independientes con fluidez en inglés. Las tres traducciones procuraron mantener la equivalencia de contenido con el original. Posteriormente se creó una primera versión de consenso (v1) entre las tres versiones con un informe documentado sobre las distintas discrepancias existentes y cómo fueron resueltas.
2. Pilotaje de la primera versión: esta versión fue pilotada por un grupo de 22 facultativos/as expertos en el área de cuidados paliativos, estableciendo una submuestra proporcional entre las tres instituciones con el fin de evaluar la dificultad de comprensión de la escala y el tiempo necesario para su aplicación. Los resultados fueron analizados por la comisión central de expertos con el objetivo de consensuar una segunda versión de la escala (v2).
3. Retro-traducción: la versión de consenso de la escala fue traducida al idioma original con el objetivo de comprobar la equivalencia de contenido de los ítems de la escala con los de la original. Estas dos retro-traducciones fueron realizadas por dos traductoras bilingües independientes que no se conocían con el objetivo de crear dos retro-traducciones independientes. Una de las traductoras tiene como lengua materna el castellano y la otra el inglés; ambas desconocían el cuestionario original. El grupo de expertos analizó las versiones retro-traducidas junto con la original para realizar una nueva versión de consenso (versión pre-final), con el objetivo de mantener la equivalencia semántica, idiomática y de concepto con la original.
4. Prueba piloto de la versión pre-final: la versión pre-final ha sido evaluada en un pretest por un grupo de 30 profesionales sanitarios para evaluar la comprensibilidad de la escala y verificar lo que el profesional estimaría que cada ítem y respuesta significan.
5. Presentación de la documentación a los autores del cuestionario original con el objetivo de comprobar que se han seguido todos los pasos en el desarrollo de esta adaptación del cuestionario SPICT™ al castellano.

Para evaluar la comprensibilidad de la herramienta se ha utilizado la metodología del *debriefing* con profesionales sanitarios y no sanitarios^{10,11} con el objetivo de identificar las palabras o conceptos que tienen dificultades para su interpretación, determinar cuestiones que no se puedan responder con precisión o que planteen dudas en su respuesta, evaluar la sensibilidad de las preguntas y obtener sugerencias para la revisión de la redacción de las preguntas del cuestionario.

Validación de las Propiedades Psicométricas de la Escala

En una segunda fase se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión española del SPICT-ES™, con el objetivo de conocer la consistencia interna y la estabilidad de la herramienta. Para esta fase, y siguiendo la recomendación de Nunnally¹², se ha determinado que el número mínimo de sujetos necesario para la validación de las propiedades psicométricas debe ser cinco veces mayor que el número de ítems. En este caso, una vez que el cuestionario tiene 27 ítems, serían necesarios 135 pacientes. Se ha establecido que habría un 30% de no respuestas, por lo que se ha determinado como definitivo un número mínimo en 176 pacientes.

Análisis Estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico necesario para la validación de las propiedades psicométricas del cuestionario se necesitaron los programas SPSS v.13 y EPIDAT. Para el cálculo de la consistencia interna se utilizó el *Kuder-Richardson 20* y para la evaluación de la estabilidad de la herramienta o concordancia en el mismo observador, se usó el test kappa mediante la evaluación test-retest por el mismo investigador con una diferencia de 10 días entre ambos.

Aspectos Éticos

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol con el código 2014/563, el 18 de diciembre de 2014.

RESULTADOS

Resultados de la Validez de Contenido con el Original

Durante el procedimiento de adaptación al castellano de la herramienta se han detectado las siguientes discrepancias que consideramos necesitaron de un especial acuerdo entre los investigadores:

El ítem “*lives in a nursing care home or NHS continuing care unit, or needs care to remain at home*” se ha traducido por “está institucionalizado o precisa cuidados para permanecer en casa”, debido a que en España es escasa la red de hospitales de cuidados continuos y a que, además, el concepto institucionalización ya incluye a todos los pacientes ingresados.

El ítem “*choosing to eat and drink less; difficulty maintaining nutrition*” se ha traducido por “disminución de la ingesta, dificultad para mantener una adecuada nutrición”. En este caso, el concepto de *elección* por parte de un paciente con demencia ha sido objeto de debate por el grupo de expertos, optándose finalmente por el concepto de disminución de la ingesta. El concepto de elección en un paciente dependiente no tenía la suficiente consistencia si este sufría algún tipo de demencia.

El pilotaje posterior de la primera versión se realizó sobre una muestra de 30 profesionales sanitarios, siendo el tiempo medio para completar el cuestionario de 4 minutos y 45 segundos en la primera vez que se aplicaba por parte del profesional.

Para el 95,5% de los participantes el cuestionario fue sencillo de cumplimentar, y el 90% consideró que está escrito en un lenguaje comprensible. Los principales resultados de la fase de pilotaje se encuentran en la Tabla 1.

Resultado de la Validación de las Propiedades Psicométricas

Se ha obtenido una muestra final de 188 individuos. La edad media es de 82,71 años (DE = 8,85). El rango de edad de los pacientes se encuentra entre 52 años y 101 años. El intervalo test-retest fue de 10,6 días. Los principales resultados descriptivos de la fase de validación se encuentran en la Tabla 2.

Análisis de Consistencia Interna

Para la evaluación de la consistencia interna del instrumento se ha utilizado la fórmula Kuder Richardson 20 (KR-20), ya que se trata del test más adecuado al estar la escala basada en índices dicotómicos. El resultado de consistencia interna que se obtiene es de 0,71. Este valor permite afirmar que presenta un adecuado índice de consistencia interna ya que se encuentra en la horquilla entre 0,70 y 0,90.

Tabla 1. Resultados de la fase de pilotaje.

Número de individuos según deterioro general de la salud	n (%)
Mal estado general o deterioro funcional progresivo, con escasas expectativas de mejora	18 (26,8)
Hospitalización no programada en dos o más ocasiones los últimos 6 meses	12 (17,9)
Pérdida de peso en los últimos 3 a 6 meses o índice de masa corporal < 20	6 (8,9)
Persistencia de síntomas de difícil control a pesar del tratamiento adecuado de las causas subyacentes	14 (20,9)
Está institucionalizado o precisa cuidados para permanecer en casa	14 (20,8)
Solicitud por parte del paciente de cuidados de soporte o paliativos o la retirada del tratamiento	3 (4,5)
Tipo de enfermedad	n (individuos)
Cáncer	17
Demencia o fragilidad	21
Enfermedad renal	11
Enfermedad neurológica	7
Enfermedad cardíaca o vascular	9
Enfermedad respiratoria	8
Enfermedad hepática	2

Tabla 2. Resultados de la fase de validación de las propiedades psicométricas de la escala.

Variable	n	%
Total pacientes incluidos	188	100
Sexo		
Hombres	57	30,3
Mujeres	131	69,7
Comunidad autónoma		
Galicia	124	66,0
Baleares	64	34,0
Lugar de atención		
Centro de Atención Primaria	112	59,6
Residencia sociosanitaria	76	40,4
Indicadores de enfermedad		
Oncología	32	17,0
Demencia/fragilidad	148	78,7
Enfermedad renal	54	28,7
Enfermedad neurológica	88	46,8
Enfermedad cardiovascular	90	47,9
Enfermedad respiratoria	48	25,5
Enfermedad hepática	11	5,9
Profesional que realiza el estudio		
Médica(o)		46,8
Enfermera(o)		53,2

Análisis de la Estabilidad de la Escala

Para la evaluación de la estabilidad de la escala se ha utilizado el índice de concordancia del test Kappa, mediante un análisis test-retest por el mismo observador. En el diseño del estudio se determinó que fuera realizado a los 10 días de la primera. Los datos del coeficiente de correlación intraclase se encuentran en el rango entre 0,983 y 0,797.

DISCUSIÓN

Antes de la aplicación de un cuestionario en la población general, es necesario que este sea validado en una muestra de pacientes. El proceso de validación de una herramienta tiene una metodología propia, que incluye un procedimiento estandarizado para evaluar tanto su fiabilidad como su validez. Una de las principales conclusiones de la revisión sistemática publicada por Maas et al.⁵, es que aunque se han desarrollado varias herramientas de identificación de los pacientes con necesidades paliativas, ninguna de estas ha sido validada o ampliamente utilizada en Europa. Se recomienda una mayor colaboración en el desarrollo, implementación y evaluación internacional de tales herramientas. Este es uno de los objetivos de este estudio.

La versión española del SPICT-ES™ (<http://www.spict.org.uk/the-spict/spict-es/spict-es-download/>), creado originalmente en inglés, se ha traducido y adaptado culturalmente al castellano según los pasos metodológicos estipulados por la literatura. Ha sido evaluado según acuerdo de expertos y analizado por grupos de profesionales, manteniendo la necesaria equivalencia semántica, idiomática, cultural y de contenido con el instrumento original. Presenta una excelente aceptabilidad por los profesionales que la han utilizado, tanto por parte de médicos como de personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Paliativos, como en los Centros de Atención Primaria o Centros Residenciales en los que se han realizado. El tiempo que lleva realizar el cuestionario de 4 minutos la primera vez que se utiliza sin entrenamiento previo, nos permite suponer que se reducirá en función de la

práctica. Un aspecto fundamental de cualquier instrumento de medición es, por un lado, que defina de la mejor forma posible a los pacientes que quiere identificar y, por otro lado, que sea de aplicación rápida y no necesite de demasiado tiempo para cumplimentarlo. En este sentido en este artículo se demuestra que SPICT-ES™ cumple con ambos cometidos.

Hasta la fecha, la única herramienta disponible para población española en la identificación de pacientes con necesidades de atención paliativa es NECPAL-CCOMS-ICO®. La versión más reciente del año 2016, NECPAL-CCOMS-ICO® 3.0, ha supuesto una reducción de los ítems con respecto a la original. En este sentido, estimamos que tanto esta, como SPICT-ES™, pueden ser compatibles, haciendo necesaria la existencia de más estudios que identifiquen en qué punto de las transiciones paliativas⁶ se sitúan cada una de ellas. En cuanto al SPICT-ES™, se trata de una herramienta que presenta una adecuada validez de contenido con el original, y que según los profesionales de cuidados paliativos que han realizado su adaptación al castellano, identifica de forma correcta a los pacientes con necesidades de atención paliativa con una adecuada fiabilidad y validez.

Una de las limitaciones de este estudio fue la de definir el tiempo que debe transcurrir desde que se realiza el test hasta el retest. En este caso se ha optado por un tiempo de 10 días. Puede parecer escaso, pero fue necesario ajustar este tiempo ya que la estancia media de los pacientes en las unidades de paliativos se sitúa en unos ocho días. Por ello se ha disminuido la sugerencia inicial de 15 días por la de 10 días.

Una diferencia importante del SPICT-ES™ con las demás herramientas es la no inclusión de la pregunta sorpresa dentro del cuestionario para la identificación de los pacientes paliativos. Consideramos que la pregunta sorpresa supone la inclusión de criterios subjetivos que pueden alterar la aplicación del cuestionario. La inclusión de criterios objetivos a la hora de definir la situación de necesidad paliativa es una de las fortalezas de esta herramienta. A pesar de ello, la pregunta sorpresa y SPICT-ES™ no son incompatibles. La pregunta sorpresa es un indicador general, pero no debe utilizarse de forma aislada sin una evaluación más amplia¹³ con la utilización de cuestionarios específicos y con mayor grado de objetividad que permitan mayor fiabilidad.

La asociación del SPICT junto con otra herramienta de evaluación de la complejidad del paciente paliativo, como el cuestionario IDC-PAL¹⁴, permitiría ofrecer el mejor recurso sociosanitario a cada persona que se encontrase en situación de enfermedad avanzada con pronóstico de vida limitado. Además de los evidentes beneficios para los pacientes, sería importante para la disminución de los costes de los sistemas sanitarios.

En este sentido, diversos estudios muestran que la aplicación de procedimientos no necesarios realizados a pacientes con una enfermedad terminal producen un aumento injustificado del gasto sanitario¹⁵. Bloom y Kissick¹⁶ hallaron que los costes de la atención hospitalaria en las últimas dos semanas de vida en pacientes con necesidades de atención paliativa era 10,5 veces superior cuando se comparó con la atención en domicilio. Este incremento de costes hospitalarios se relacionó con la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos más intensivos tecnológicamente, aplicados hasta el fallecimiento del paciente. Del mismo modo, Cheung et al.¹⁷, en un estudio sobre una cohorte de 107.253 personas, observaron que los costes fueron un 43% más elevados en aquellos pacientes con cáncer que recibieron atención según un modelo de agudos, en comparación con los registrados en aquellos que recibieron una atención no agresiva. Para dar una solución a estos problemas, es necesario disponer de un mayor número de herramientas que permitan mejorar la capacidad de identificación y diagnóstico de los pacientes paliativos. El objetivo final debe ser el de mejorar la capacidad de intervención al final de la vida a nivel comunitario con el objetivo de cambiar el perfil actual de atención hacia una mayor atención extrahospitalaria de estos pacientes¹⁸. Creemos que, por sus características de facilidad de uso y fiabilidad, SPICT-ES puede ser una herramienta útil para la identificación rápida de estos pacientes.

SPICT-ES™ es una nueva herramienta de identificación de pacientes con necesidades paliativas en la población hispanohablante. Se sumaría a NECPAL CCOMS-ICO® 3.0 para el mismo cometido.

La necesidad de estos cuestionarios es fundamental para que se puedan establecer criterios de identificación y para que esta sea realizada en fases tempranas de la enfermedad crónica para evitar tanto que se diagnostiquen con excesiva anticipación como en una fase muy tardía, que es lo más frecuente, privando a los pacientes de los beneficios que tiene el recibir una atención paliativa de calidad. En el futuro deben realizarse nuevos estudios que permitan identificar con mayor precisión en una muestra mayor los valores de especificidad y sensibilidad de la herramienta. También sería necesario integrarla en la evaluación del paciente con enfermedad crónica avanzada, mediante planes de evaluación personalizados para cada paciente.

REFERENCIAS

1. Thoonsen B, Engels Y, Rijswijk E, Verhagen S, van Weel C, Groot M, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract*. 2012;62(602):e625-31. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654597>
2. Gold Standards Framework. Welcome to the GSF Centre. Shrewsbury (UK); c2017 [citado 12 nov 2016]. Disponible en: <http://www.goldstandardsframework.org.uk/>
3. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(6):241-5. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.06.027>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 24 jul 2017]. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
5. 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(4):444-51. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000527>
6. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ*. 2010;341:c4863. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c4863>
7. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):285-90. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000488>
8. Rhee J, Mitchell G, Senior H, Kong Teo C, Clayton J. Prediction of death in general practice: a cluster randomized controlled study [oral presentation]. The RACGP Conference for General Practice; Adelaide, Australia, 10 Oct 2014. Disponible en: <http://racgpconference.com.au/wp-content/uploads/2014/11/Chronic-conditions-Prediction-of-death-in-gp-Dr-Joel-Rhee.pdf>
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
10. Hess J. The role of respondent debriefing questions in questionnaire development. In: Proceedings of the American Statistical Association, Section on Survey Research Methods; 1995 [citado 12 nov 2016]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/238189777_THE_ROLE_OF_RESPONDENT_DEBRIEFING_QUESTIONS_IN_QUESTIONNAIRE_DEVELOPMENT
11. Hughes KA. Comparing pretesting methods: cognitive interviews, respondent debriefing, and behavior coding. Washington (DC): US Bureau of the Census, Statistical Research Division; 2004 [citado 24 jul 2017]. (Research Report Series. Survey Methodology #2004-02). Disponible en: <https://www.census.gov/srd/papers/pdf/rsm2004-02.pdf>
12. Nunnally JC. Psychometric theory. 2 ed. New York: McGraw-Hill; 1978. (McGraw-Hill series in Psychology).
13. Murray SA, Boyd K. Using the 'surprise question' can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach. *Palliat Med*. 2011;25(4):382. <https://doi.org/10.1177/0269216311401949>
14. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Ciarra Ramos R. IDC-PAL: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos : documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales; 2014 [citado 27 nov 2016]. Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1530>

15. Gardiner C, Ward S, Gott M, Ingleton C. Economic impact of hospitalisations among patients in the last year of life: an observational study. *Palliat Med.*;2014;28(5):422-9. <https://doi.org/10.1177/0269216313517284>
16. Bloom BS, Kissick PD. Home and hospital cost of terminal illness. *Med Care.* 1980;18(5):560-4.
17. Cheung MC, Earle CC, Rangrej J, Ho TH, Liu N, Barbera L, et al. Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. *Cancer.* 2015;121(18):3307-15. <https://10.1002/cncr.29485>
18. Nuño-Solinis R, Herrera Molina E, Flores SL, Orueta Mendía JF, Cabrera-León A. Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. *Gaceta Sanit.* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.005>

Contribución de los Autores: Diseño y planificación del estudio: AAF, JJVR, JMFG. Recopilación, análisis e interpretación de los datos: AAF, NSM, MMR, RGG. Preparación o revisión del estudio: AAF, NSM, MMR, JJVR, EBO, RGG, JMFG. Aprobación de la versión final del artículo: AAF, NSM, MMR, JJVR, EBO, RGG, JMFG. Responsabilidad pública por el contenido del artículo: AAF, NSM, MMR, JJVR, EBO, RGG, JMFG.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.