

Aplicabilidad de la SPICT-BR y de la Pregunta Sorpresa para la Identificación Temprana de Pacientes Hospitalizados con Necesidades de Cuidados Paliativos

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5908ES>

Aplicabilidade da SPICT-BR e Pergunta Sorpresa para Identificação Precoce de Pacientes Hospitalizados com Necessidades de Cuidados Paliativos

Applicability of the SPICT-BR and the Surprise Question for Early Identification of Hospitalized Patients with Palliative Care Needs

Luiza Bolsoni¹; Luciana Ramos Corrêa Pinto²; Rosana da Silva Fraga³; Miguel Lucas Silva da Paixão⁴; Roman Orzechowski⁵; Adivanio Cardoso Américo⁶; Raquel Prado Thomaz⁷; Juliana Petri Tavares⁸

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas intensifican el sufrimiento y sobrecargan los sistemas de salud, lo que hace esencial contar con instrumentos de evaluación y criterios de derivación hacia cuidados paliativos adaptados al contexto brasileño, a fin de garantizar la equidad y el uso adecuado de los recursos. **Objetivo:** Analizar la aplicabilidad de la SPICT-BR y de la Pregunta Sorpresa para la identificación temprana de pacientes hospitalizados con necesidades de cuidados paliativos. **Método:** Estudio metodológico de corte transversal, con análisis de historias clínicas de pacientes hospitalizados en una unidad clínica. Dos evaluadores independientes aplicaron el instrumento compuesto por la SPICT-BR y la pregunta sorpresa. Se analizó la concordancia interevaluador mediante el coeficiente Kappa (k). Se calcularon la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos positivo y negativo de la SPICT-BR en relación con la mortalidad a un año. El análisis estadístico se realizó utilizando IBM-SPSS® v26. **Resultados:** Se evaluaron 76 pacientes, de los cuales el 64% resultó positivo en la SPICT-BR. La concordancia fue moderada para Capacidad Funcional (k=0,510) y Dependencia de Otros (k=0,466), y débil para Hospitalizaciones No Planificadas (k=0,105). La SPICT-BR mostró una sensibilidad del 80%, especificidad del 41%, VPP del 56% y VPN del 69,6%. La pregunta sorpresa se mostró complementaria (k=0,411; p<0,001). **Conclusión:** Se observó una alta demanda de cuidados paliativos. La variabilidad en la concordancia refuerza la necesidad de capacitación de los equipos, y el uso de herramientas objetivas puede mejorar el tamizaje y ampliar el acceso oportuno a los cuidados paliativos.

Palabras clave: Enfermedad Crónica; Cuidados Paliativos/estadística & datos numéricos; Dinámica Poblacional/tendencias.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas intensificam o sofrimento e sobrecarregam os sistemas de saúde, tornando essenciais instrumentos de avaliação e encaminhamento para cuidados paliativos adaptados à realidade brasileira, a fim de garantir equidade e uso adequado de recursos. **Objetivo:** Analisar a aplicabilidade da SPICT-BR e da Pergunta Sorpresa para a identificação precoce de pacientes hospitalizados com necessidades de cuidados paliativos. **Método:** Estudo metodológico transversal, com análise de prontuários de pacientes internados em unidade clínica. Dois avaliadores independentes aplicaram o instrumento composto pelo SPICT-BR e pela Pergunta Sorpresa. A concordância interavaliadores foi analisada pelo coeficiente Kappa (k). Sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo do SPICT-BR foram calculados em relação à mortalidade em um ano. A análise estatística foi realizada no IBM-SPSS® v26. **Resultados:** Foram avaliados 76 pacientes, sendo 64% positivos no SPICT-BR. A concordância foi moderada para Capacidade Funcional (k=0,510) e Dependência de Outros (k=0,466), e fraca para Internações Não Programadas (k=0,105). O SPICT-BR apresentou sensibilidade de 80%, especificidade de 41%, VPP de 56% e VPN de 69,6%. A Pergunta Sorpresa mostrou-se complementar (k=0,411; p<0,001). **Conclusão:** Observou-se alta demanda por cuidados paliativos. A variabilidade na concordância reforça a necessidade de capacitação das equipes, e o uso de ferramentas objetivas pode qualificar a triagem e ampliar o acesso oportuno aos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Doença Crônica; Cuidados Paliativos/estatística & dados numéricos; Dinâmica Populacional/tendências.

ABSTRACT

Introduction: Population aging and the increase in chronic diseases intensify suffering and overburden health systems, making assessment instruments and referral criteria for palliative care adapted to the Brazilian context essential to ensure equity and appropriate resource use. **Objective:** To analyze the applicability of the SPICT-BR and the Surprise Question for the early identification of hospitalized patients with palliative care needs. **Method:** This was a cross-sectional methodological study that analyzed medical records of patients hospitalized in a clinical unit. Two independent evaluators applied the instrument composed of SPICT-BR and the "surprise question." Inter-rater agreement was analyzed using the Kappa coefficient (k). Sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values of SPICT-BR were calculated in relation to one-year mortality. Statistical analysis was performed using IBM-SPSS® v26. **Results:** A total of 76 patients were evaluated, of whom 64% were positive on SPICT-BR. Agreement was moderate for Functional Capacity (k=0.510) and Dependence on Others (k=0.466), and weak for Unplanned Hospitalizations (k=0.105). SPICT-BR showed a sensitivity of 80%, specificity of 41%, PPV of 56%, and NPV of 69.6%. The "surprise question" proved to be complementary (k=0.411; p<0.001). **Conclusion:** A high demand for palliative care was observed. Variability in agreement reinforces the need for team training, and the use of objective tools may improve screening and expand timely access to palliative care.

Key words: Chronic Disease; Palliative Care/statistics & numerical data; Population Dynamics/trends.

^{1,3,5,7}Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre (RS), Brasil. E-mails: lbolsoni@hcpa.edu.br; lrcpinto@hcpa.edu.br; rofsilva@hcpa.edu.br; rorzechowski@hcpa.edu.br; aamerico@hcpa.edu.br; rptomaz@hcpa.edu.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-0239-419X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4650-5587>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-2250-9783>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9322-0376>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-8108-098X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6653-6639>

^{4,8}HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre (RS), Brasil. E-mails: miguelapaixao@gmail.com; jupetritavares@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7467-568X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-4121-645X>

Dirección para correspondencia: Juliana Petri Tavares. HCPA. Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Santa Cecília. Porto Alegre (RS), Brasil. CEP 90035-903. E-mail: jupetritavares@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares ante enfermedades amenazantes a la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, fundamentados en la identificación temprana y en el manejo adecuado de síntomas físicos, psicosociales y espirituales^{1,2}.

En el contexto brasileño, la transición demográfica y epidemiológica ha venido acompañada por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles³, resultando en mayor carga sintomática, limitaciones funcionales, compromiso de la calidad de vida y mayor complejidad en los procesos de toma de decisión, además de potenciar experiencias de luto prolongado⁴.

Además, la pandemia de COVID-19 evidenció la importancia de la identificación temprana de pacientes con necesidades de cuidados paliativos, ante el aumento de la demanda asistencial, de la gravedad de los casos y de los desafíos impuestos por el contexto de crisis sanitaria⁵.

La OMS recomienda que los cuidados paliativos sean iniciados tempranamente y de forma concomitante al tratamiento modificador de la enfermedad, buscando el control sintomático, la preservación de la autonomía y la ampliación de la sobrevida⁶. En el Brasil, se estima que el número de individuos con necesidades de cuidados paliativos aumente de 662 065 en el año 2000, a 1 166 279, en 2040⁷. En países en desarrollo, esta demanda tiende a superar la capacidad de profesionales especializados⁵, reforzando la necesidad de inclusión de los cuidados paliativos en la formación en salud y en estrategias de educación permanente⁸. En relación con el ámbito normativo, el Ministerio de Salud establece la oferta de cuidados paliativos en todos los niveles de las Redes de Atención a la Salud (RAS), aunque la mayoría de los servicios permanezca concentrada en el ambiente hospitalario⁹.

En este sentido, a pesar de la disponibilidad de diferentes instrumentos para identificar a pacientes con necesidades de cuidados paliativos, las evidencias señalan limitaciones relacionadas con su precisión, aplicabilidad y desempeño en distintos contextos asistenciales, como el hospitalario. De esta forma, permanece la necesidad de estudios que evalúen el uso de estas herramientas en la práctica clínica y su potencial complementariedad en la identificación temprana de pacientes elegibles para cuidados paliativos¹⁰.

Frente a este panorama, el objetivo de este estudio fue analizar la aplicabilidad de la *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* – versión brasileña (SPICT-BR)¹¹

y de la Pregunta Sorpresa para identificación temprana de pacientes hospitalizados con necesidades de cuidados paliativos.

MÉTODO

Estudio metodológico, de corte transversal, destinado al desarrollo y a la evaluación preliminar de un instrumento de tamizaje para identificación de pacientes adultos con necesidades de cuidados paliativos. El instrumento estuvo compuesto por la primera parte de la SPICT-BR¹¹ y por la Pregunta Sorpresa.

El estudio fue realizado en un hospital público universitario integrante de la red de hospitales del Ministerio de Educación (MEC), clasificado como hospital de nivel cuaternario, localizado en Porto Alegre, Río Grande del Sur. La institución dispone de 891 camas, de las cuales 434 corresponden a unidades de internación clínico-quirúrgicas. Los datos se obtuvieron en una unidad de internación clínica con aproximadamente 45 camas.

Fueron incluidos todos los pacientes con 18 años o más de edad, hospitalizados en la unidad de internación clínica en el período de diciembre de 2023 a marzo de 2024.

Fueron excluidos los pacientes con restricción de acceso a la historia clínica electrónica. En los casos de múltiples internaciones en el período del estudio, fue considerada apenas la primera internación.

Los datos fueron recolectados por medio de formulario estructurado, elaborado en la plataforma *Google Forms*, a partir de informaciones obtenidas en las historias clínicas electrónicas. El instrumento contempló indicadores clínicos generales de la primera parte de la SPICT-BR, aplicación de la Pregunta Sorpresa, y variables sociodemográficas y clínicas. En conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales (LGPD) n.º 13.709/2018¹², fueron recolectadas solo las informaciones necesarias para el objetivo del estudio. Los datos fueron completamente anonimizados durante la extracción y almacenados en hoja de cálculo electrónica de acceso restringido a los investigadores, sin registros que permitiesen la identificación de los pacientes.

Dos enfermeras especialistas en cuidados paliativos realizaron la obtención de datos, previamente capacitadas para la aplicación del instrumento de detección. La evaluación de los pacientes ocurrió de forma independiente por las evaluadoras, en el mismo turno asistencial, con el objetivo de minimizar alteraciones clínicas entre las observaciones y posibilitar el análisis de la concordancia interevaluadores. Las informaciones necesarias para el llenado del instrumento fueron obtenidas mediante la revisión de las historias clínicas y la evaluación clínica al borde de la cama. Cada evaluadora realizó la aplicación

del instrumento de forma individual, sin acceso a los registros de la otra examinadora, garantizando la independencia de las observaciones. Los datos obtenidos fueron posteriormente compilados para análisis de la confiabilidad del instrumento, mediante la evaluación de la concordancia entre las examinadoras. Se consideró tamizaje positivo cuando dos o más indicadores generales de la SPICT-BR estaban presentes y la respuesta a la Pregunta Sorpresa era negativa (“no”).

La primera parte de la SPICT-BR identifica señales generales de deterioro clínico frecuentes en enfermedades avanzadas, tales como: hospitalizaciones no programadas; pérdida funcional con reversibilidad limitada; dependencia para actividades básicas de vida diaria; pérdida ponderal significativa en los últimos 3–6 meses o bajo índice de masa corporal; síntomas persistentes a pesar de terapias optimizadas; y solicitud de limitación de medidas de apoyo con foco en la calidad de vida¹³.

La etapa de indicadores clínicos específicos por grupos de patologías (insuficiencia cardíaca, respiratoria, hepática, renal, enfermedades neurológicas y neoplasias) y la etapa subsiguiente de planeamiento de cuidados no fueron aplicadas en este estudio. La Pregunta Sorpresa consiste en la indagación: “¿Se sorprendería usted si este paciente muriese a lo largo del próximo año?”. Se considera tamizaje positivo cuando la respuesta es “no”.

Las variables sociodemográficas y clínicas recolectadas fueron edad, sexo, equipo asistente durante la hospitalización, diagnóstico principal y secundario (CIE), acompañamiento del equipo de Tratamiento del Dolor o Medicina Paliativa (hospitalización o ambulatorio) y desenlace clínico (fallecimiento en la internación, fallecimiento en hasta un año o seguimiento ambulatorio).

El tamaño muestral estimado fue de 70 pacientes, considerándose el criterio mínimo de 10 participantes por ítem para análisis factoriales en estudios de validación de instrumentos¹⁴.

Los datos recolectados fueron exportados a una hoja de cálculo *Microsoft Excel* y analizados en el programa IBM SPSS[®]15, versión 26.0.

Las variables continuas fueron descritas mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o intervalo intercuartílico), según la distribución de los datos. Las variables categóricas fueron presentadas usando frecuencias absolutas y relativas. Se adoptó el nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). La concordancia interevaluadores fue analizada mediante el coeficiente Kappa de Cohen, interpretado según valores estandarizados ($\leq 0,20$: concordancia débil; $0,21–0,40$: razonable; $0,41–0,60$: moderada; $0,61–0,80$: substancial; $\geq 0,81$: casi perfecta). Fueron calculados los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo

positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la SPICT-BR con relación al desenlace de fallecimiento en hasta un año, utilizándose como referencia la evaluación del evaluador 1, que analizó la totalidad de la muestra.

El proyecto fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), con el número de parecer 8329669 (CAAE: 81290924.7.0000.5327). El estudio cumplió con las normas éticas vigentes para investigaciones involucrando a seres humanos, en conformidad con la Declaración de Helsinki¹⁶ y con la Resolución n.º 510/2016¹⁷ del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

La edad de los pacientes evaluados varió entre 19 y 78 años, con una media de 55,5 años y desviación estándar de 15,8 años. De los 76 pacientes de la muestra, 44 (57,9%) eran de sexo masculino. La caracterización clínica, acompañamiento especializado y desenlace de la muestra de pacientes analizados están descritos en la Tabla 1.

Al analizar la Tabla 1, se observó el predominio de enfermedades oncológicas, correspondiendo al 75,0% ($n=57$) de la muestra. Con relación al acompañamiento

Tabla 1. Caracterización clínica, acompañamiento especializado y desenlace de la muestra de pacientes analizados. Porto Alegre, 2026

Variables	Frecuencia % (n=76)
Enfermedades de base	
Neoplasias	75 (57)
Renales	5,1 (4)
Hematológicas	4 (3)
Diabetes	4 (3)
Cardiológicas	4 (3)
Neurológicas	4 (3)
Infecciosas	2,6 (2)
Hepáticas	1,3 (1)
Acompañamiento especializado durante la hospitalización	
No	80,3 (61)
Tratamiento del dolor	10,5 (8)
Medicina paliativa	9,2 (7)
Acompañamiento especializado ambulatorio	
No	71,1 (54)
Medicina paliativa	27,6 (21)
Tratamiento del dolor	1,3 (1)
Desenlaces de los pacientes acompañados	
Seguimiento vía ambulatoria	52,6 (40)
Fallecimiento en hasta un año	28,9 (22)
Fallecimiento durante la internación	18,5 (14)



especializado, el 27,0% (n=21) de los pacientes realizaba acompañamiento ambulatorio previo por el equipo de Medicina Paliativa y el 9,5% (n=7) fue evaluado por esta especialidad durante la hospitalización. En lo referente a los desenlaces, el 52,7% (n=40) permaneció en acompañamiento ambulatorio.

Para evaluar la concordancia entre observadores respecto a los ítems de la escala SPICT-BR, todos los pacientes fueron evaluados por el evaluador 1 y por un segundo evaluador. El evaluador 2 participó del 75,7% de los casos, mientras que el evaluador 3 fue responsable por el 25,7% de los casos.

Entre las 76 historias clínicas evaluadas, se observó predominio de resultados concordantes entre los evaluadores (84,2%; n=64), mientras que el 15,8% (n=12) presentó discordancias. Entre los casos concordantes, la mayoría fue clasificada como positiva en la SPICT-BR (82,8%; n=53). No obstante, al analizar estos casos positivos de forma detallada, se constató que solo el 11,3% (n=6) presentó concordancia en todos los criterios evaluados, mientras que el 88,7% (n=47) presentó divergencia en al menos un criterio.

Con relación a los criterios individuales de la SPICT-BR, las mayores discordancias fueron observadas para hospitalizaciones no programadas (n=17) y síntomas persistentes (n=17), ambos con el 32% de discordancia. Los criterios pérdida de peso (n=14) y dependencia de otros (n=14) presentaron discordancia en el 26,4% de los casos. En contrapartida, capacidad funcional (n=6) y solicitud familiar por cuidados paliativos (n=5) tuvieron índices menores de discordancia, con el 11,3% y 9,4%, respectivamente.

Los resultados del análisis de correlación de la SPICT-BR destacaron variaciones en el índice de concordancia Kappa entre los evaluadores para diferentes criterios, que están agrupados en la Tabla 2.

En general, la concordancia fue clasificada como moderada para la mayoría de los criterios evaluados, con excepción de Solicitud por Persona/Familia, que

presentó $k=-0,022$, indicando ausencia de concordancia significativa. Además, criterios como Capacidad Funcional ($k=0,510$), Dependencia de Otros ($k=0,466$) y Pérdida de Peso ($k=0,409$) presentaron concordancia moderada y significativa ($p<0,001$). Finalmente, la comparación entre la Pregunta Sorpresa y la SPICT demostró concordancia moderada y estadísticamente significativa ($k=0,411$; $p<0,001$), indicando convergencia entre los instrumentos en la identificación de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.

Para los siguientes análisis, fue considerada la evaluación del evaluador 1, usándose 74 casos válidos después de la exclusión de registros incompletos, ausentes o duplicados. Entre los pacientes evaluados, el 52,7% (n=39) permaneció en seguimiento y el 47,3% (n=35) terminó falleciendo.

Al analizar los resultados de la SPICT-BR, se observó que la mayoría de los pacientes clasificados como SPICT negativa sobrevivió al período de acompañamiento (69,6%; n=16). En contrapartida, entre los pacientes clasificados como SPICT-BR positiva, predominó el desenlace fallecimiento (56,0%; n=28), correspondiendo al 80,0% del total de fallecidos observados.

En cuanto al desempeño de la herramienta, la SPICT-BR presentó sensibilidad del 80,0% para la predicción de fallecimiento en un año, indicando buena capacidad de identificar pacientes que evolucionaron hacia este desenlace. Por otro lado, la especificidad fue del 41,0%, demostrando menor capacidad de identificar correctamente a los sobrevivientes. De la misma forma, el VPP fue del 56,0%, mientras que el VPN alcanzó el 69,6%, indicando mayor probabilidad de sobrevida entre los pacientes clasificados como negativos.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados, se evidencia la aplicabilidad de la SPICT-BR y de la Pregunta Sorpresa en la identificación de pacientes con necesidades de cuidados

Tabla 2. Resumen de los resultados de la correlación en la SPICT-BR y Pregunta Sorpresa

Variable	Casos sí (%)	Casos no (%)	Kappa	p
Hospitalizaciones no programadas	63,50	36,50	0,105	0,355
Capacidad funcional	71,60	28,40	0,51	<0,001
Dependencia de otros	47,30	52,70	0,466	<0,001
Pérdida de peso	62,20	37,80	0,409	<0,001
Síntomas persistentes	50,00	50,00	0,378	0,001
Solicitud por persona/familia	1,40	98,60	-0,022	0,810
Resultado de la SPICT-BR	85,10	14,90	0,337	0,001
Pregunta Sorpresa vs. SPICT-BR	66,20	31,10	0,411	<0,001

Leyenda: SPICT-BR = *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* – versión brasileña.

paliativos, la concordancia observada entre los instrumentos y la relación de los resultados obtenidos con los resultados clínicos de los pacientes.

El presente estudio usó la primera parte de la SPICT, compuesta por los indicadores clínicos generales, asociada a la Pregunta Sorpresa, como estrategia de tamizaje para identificación de pacientes con necesidades de cuidados paliativos. La opción metodológica de restringir el análisis a la etapa inicial de la herramienta —excluyendo los indicadores clínicos específicos de la segunda parte— permitió evaluar su aplicabilidad como instrumento de detección temprana en el ambiente hospitalario. Este enfoque encuentra respaldo en Highet et al.¹², que destacan la SPICT como recurso objetivo y factible para tamizaje inicial, especialmente en contextos asistenciales de alta complejidad.

Los hallazgos evidencian magnitud notoria de necesidades de cuidados paliativos en el escenario hospitalario estudiado: el 64% de los pacientes presentó positividad en la SPICT asociada a la Pregunta Sorpresa y el 47,3% terminó falleciendo en hasta un año. A pesar de esto, solo el 27% estaba en acompañamiento ambulatorio por el equipo de Medicina Paliativa, señalando que la mayoría de los pacientes con potencial indicación no accede tempranamente a este cuidado. Tales resultados siguen el camino de estimaciones poblacionales brasileñas, en las cuales entre el 57,2% y el 85,2% de los fallecimientos sucedió de condiciones elegibles para cuidados paliativos⁷, reforzando la coherencia externa de los datos presentados. De modo semejante, un estudio realizado en Alemania identificó que cerca de un tercio de los pacientes con tamizaje positivo por la SPICT en la Atención Primaria a la Salud terminaron falleciendo en seis meses¹⁸. En conjunto, estas evidencias sustentan la relevancia clínica y epidemiológica del uso sistemático de instrumentos de tamizaje para identificación oportuna de demandas paliativas.

En este sentido, es necesario comprender, en la literatura hospitalaria nacional e internacional, cuáles son las barreras e impedimentos para el encaminamiento temprano hacia cuidados paliativos, especialmente en casos de enfermedades oncológicas avanzadas¹⁹. Se citan, entre ellos, el estigma y la falta de comprensión sobre los cuidados paliativos, barreras emocionales, reluctancia de pacientes y familiares, además de limitaciones estructurales, como la escasez de servicios y la sobrecarga de consultas. Criterios estandarizados, gatillos sistémicos, reestructuración de servicios (clínicas integradas o realizadas por enfermeros) y capacitación enfocada en comunicación son soluciones frecuentemente propuestas para superar estas barreras y viabilizar un acceso más temprano y equitativo a los cuidados paliativos^{1,7,19}.

Con relación a los datos del estudio, el análisis de concordancia entre evaluadores reveló discrepancias más frecuentes en criterios como Hospitalizaciones No Programadas y Síntomas Persistentes, así como Pérdida de Peso y Dependencia de Otros. Estos hallazgos sugieren que determinados indicadores dependen de registros clínicos más detallados y de mayor integración multiprofesional. Informaciones provenientes de evaluaciones nutricionales, fisioterapéuticas y de enfermería, además de registros sistemáticos de síntomas y uso de medicaciones de rescate, pueden mejorar la calidad de la aplicación de la herramienta^{12,17-19}. Por otro lado, criterios como Solicitud de la Familia tienden a surgir en el contexto de la interacción asistencial y ni siempre se pueden recuperar retrospectivamente de la historia clínica. Así, la estandarización de la obtención de datos y la capacitación estructurada para uso de la SPICT-BR se configuran como estrategias fundamentales para reducir variabilidad y mejorar la confiabilidad del tamizaje²⁰.

La asociación entre SPICT y Pregunta Sorpresa demostró carácter complementario. Mientras que la Pregunta Sorpresa incorpora dimensión pronóstica subjetiva basada en la experiencia clínica, la SPICT estructura la evaluación por medio de criterios objetivos. Se observó que respuestas negativas a la Pregunta Sorpresa frecuentemente coincidieron con positividad en la SPICT, indicando convergencia entre juzgamiento clínico intuitivo y parámetros sistematizados. Tal convergencia fortalece la robustez de la identificación de pacientes con riesgo aumentado de muerte a mediano plazo.

En lo que se refiere al desempeño predictivo, la SPICT-BR presentó sensibilidad del 80% para fallecimiento en un año, indicando adecuada capacidad de identificar pacientes que evolucionaron hacia este desenlace. La especificidad del 41% revela menor poder discriminatorio entre sobrevivientes, característica aceptable en instrumentos de detección cuyo objetivo principal es no perder casos elegibles. Un estudio de validación de la SPICT en Portugal²¹ demostró sensibilidad del 75,5% y especificidad del 68,6%, con precisión global del 72,5%, valores comparables a los observados en este estudio. El VPP fue del 56,0% y el VPN del 69,6%, indicando desempeño moderado en la discriminación pronóstica. En contraste, una revisión sistemática sobre la Pregunta Sorpresa en pacientes graves identificó sensibilidad del 67,0%, especificidad del 80,2%, VPP del 37,1% y VPN del 93,1%²², evidenciando que la Pregunta Sorpresa tiende a presentar mayor especificidad y elevado VPN. Así, las dos herramientas exhiben perfiles complementarios: la SPICT privilegia sensibilidad, mientras que la Pregunta Sorpresa puede contribuir a una mayor especificidad en determinados contextos clínicos.



La implementación institucional de la SPICT asociada a la Pregunta Sorpresa puede enfrentar barreras operativas. La sobrecarga asistencial y el tiempo limitado de los equipos, que ya utilizan múltiples escalas en el ambiente hospitalario, conforman obstáculos reconocidos²⁰. Además, la inserción insuficiente de los cuidados paliativos en la formación académica contribuye a las lagunas de conocimiento y perpetuación de estigmas relacionados con el tema²¹. En este sentido, programas estructurados de capacitación son esenciales para uniformizar la aplicación de la herramienta, mejorar la calidad de la obtención de datos y evaluar el impacto de la incorporación del instrumento en los flujos asistenciales.

Importa destacar que, aunque la SPICT sea eficaz para identificar pacientes con necesidades de cuidados paliativos, no fue concebida para estratificar la complejidad de los casos ni para definir, aisladamente, encaminamiento hacia equipos especializados²³. La literatura describe criterios formales de encaminamiento, como el *Palliative Care Referral Criteria*, e instrumentos de evaluación funcional. No obstante, todavía hay lagunas respecto a la integración de estos recursos en flujos asistenciales que articulen necesidad, complejidad y nivel de cuidado requerido^{20,24-25}.

En síntesis, los hallazgos refuerzan el papel de la SPICT, asociada a la Pregunta Sorpresa, como herramienta sensible para tamizaje de necesidades de cuidados paliativos en el ambiente hospitalario. A pesar de las discordancias observadas en criterios específicos y de los desafíos relacionados con la implementación, los resultados demuestran coherencia con la literatura y evidencian potencial para mejorar la calidad de los procesos de identificación y encaminamiento. Con inversión en capacitación e integración a los flujos institucionales, la herramienta puede contribuir de forma consistente para ampliar el acceso oportuno a los cuidados paliativos y fortalecer la calidad de la asistencia prestada.

CONCLUSIÓN

Este estudio empleó la primera parte de la SPICT-BR, compuesta por los indicadores clínicos generales, asociada a la Pregunta Sorpresa, como estrategia de tamizaje para identificación de pacientes con posibles necesidades de cuidados paliativos en el ambiente hospitalario. Los resultados demostraron sensibilidad del 80,0% para predicción de fallecimiento en un año, evidenciando capacidad adecuada de identificar pacientes en riesgo. Por otro lado, la especificidad del 41,0% indica ocurrencia relevante de falsos positivos, característica que, aunque esperada en instrumentos de detección, impone la necesidad de complementación

mediante otras estrategias evaluativas. El VPP del 56,0% y el VPN del 69,6% revelan desempeño moderado en la discriminación pronóstica, con potencial de perfeccionamiento.

Los hallazgos refuerzan la importancia del uso de herramientas objetivas y sistematizadas para la identificación temprana de demandas paliativas, especialmente en contextos hospitalarios de alta complejidad, en los cuales la carga de morbilidad y mortalidad es elevada. Aunque la SPICT demuestre desempeño satisfactorio como instrumento de tamizaje, su especificidad moderada sugiere que su aplicación aislada puede no ser suficiente para decisiones asistenciales más refinadas, como encaminamiento hacia equipos especializados. La integración con otros instrumentos pronósticos y de evaluación funcional puede ampliar la precisión clínica y dar bases para la construcción de protocolos institucionales de encaminamiento, contribuyendo a la organización del acceso y racionalización de recursos en la RAS.

Adicionalmente, los desafíos relacionados con la adhesión e implementación de escalas en el día a día hospitalario evidencian la necesidad de capacitación continua de los equipos y de estandarización de los criterios de evaluación. Inversiones en formación y en estrategias de incorporación a los flujos asistenciales son determinantes para la efectividad de la herramienta. Investigaciones futuras deben explorar modelos integrados que combinen tamizaje, estratificación pronóstica y evaluación de complejidad, favoreciendo la referenciación adecuada y oportuna de pacientes con necesidades de cuidados paliativos en los diferentes niveles de la RAS.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente a la concepción y planificación del estudio; a la adquisición, análisis e interpretación de los datos; a la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

- Davies E, Higginson IJ, editors. The solid facts: palliative care [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2004 [cited 2026 01 04]. Available from: 9789289010917-eng.pdf
- Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud Av. 2016;30(88):155-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [acesso ANO MÊS DIA]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>
- Pérez YL, Cruzado JA. Complicated grief in caregivers of patients in a palliative care unit. Support Care Cancer. 2025;33(11):969. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-025-10029-3>
- Connor SR, editor Global atlas of palliative care [Internet]. 2nd ed. London (UK): World Health Organization; 2020 [cited 2025 12 14]. Available from: file:///C:/Users/aline/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/ARTIGOS%20-%202072-4/28-5908/WHPCA_Global_Atlas_FINAL_DIGITAL.pdf
- World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2024 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Santos CE, Campos LS, Barros N, et al. Palliative care in Brasil: present and future. Rev Assoc Med Bras. 2019;65(6):796-800. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.6.796>
- Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. 590 p.
- Capelas MLV, Coelho SPF. Pensar a organização de serviços de cuidados paliativos. Cuidados Paliativos. 2014;1(1):17-26.
- Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 maio 22 [acesso 2025 jan 2024]; Seção I:98. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>
- Highe G, Crawford D, Murray SA, et al. 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. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000488>
- Presidência da República (BR). Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 15; Edição 157; Seção 1:59
- Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, et al. Estimating the size of a potential palliative care population. Palliat Med. 2005;19(7):556-562. doi: <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1067oa>
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Análise multivariada de dados [Internet]. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. [acesso 2025 ago 06]. Disponível em: https://ia903108.us.archive.org/33/items/kupdf.net_hair-j-f-anaacutalise-multivariada-de-dados-6ordf-ediccedilatildeopdf/kupdf.net_hair-j-f-anaacutalise-multivariada-de-dados-6ordf-ediccedilatildeopdf.pdf
- SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 26.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2026 jan 04]. Disponível em: <https://www.ibm.com/br-pt/products/spss>
- World Medical Association [Internet]. Paris (FRA): WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human participants; 2024. [cited 2026 jan 2026]. Available from: https://www-wma-net.translate.goog/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2026 jan 04]; Seção 1:44. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
- Afshar K, Wiese B, Schneider N, et al. Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and palliative care indicators tool (SPICT-DE). Ger Med Sci. 2020;18:Doc02. doi: <https://doi.org/10.3205/000278>
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz, Blay C, 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(8):754-63. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216316676647>



20. Glizner A, Schade F, Frerichs HV, et al. Quality indicators from the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer: Identification of documentation processes, data sources, and challenges in palliative care units. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2026;200:10-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.10.009>
21. Mira, MACSRC. Tradução e validação da escala SPICTTM (supportive & palliative care indicators tool) para a população portuguesa [tese na Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2020 [acesso 2026 ago 07]. Disponível em: <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/edd95915-a5bf-4b70-a101-ccc4f5b45641>
22. Mahura M, Karle B, Sayers L, et al. Use of the supportive and palliative care indicators tool (SPICTTM) for end-of-life discussions: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):119. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01445-z>
23. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Cien Saude Colet*. 2013;18(9):2577-88. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
24. Cherny N, Fallon M, Kaasa, et al. editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford (UK): Oxford University Press; 2015.
25. Scholz B, Goncharov L, Emmerich N, et al. Clinicians' accounts of communication with patients in end-of-life care contexts: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(10):1913-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.033>

Recebido em 17/4/2026
Aprovado em 11/6/2026

