

¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca?

What Are We Talking About When We Talk About Palliative Care in Heart Failure?

MARIÁNGEL SÁNCHEZ¹, FRANCISCO PROASI², LUIS AHUALLI¹, CLAUDIO HIGA¹, MTSAC¹

RESUMEN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica, compleja y progresiva, con elevada morbimortalidad y creciente prevalencia. Pese al avance en las estrategias terapéuticas, destinadas a mejorar la sobrevida y reducir hospitalizaciones, la IC continúa generando un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Surge ante este reto la necesidad de desarrollar políticas de salud basadas no solo en la integridad física, sino también en la integridad psicosocial. Los cuidados paliativos (CP) hacen referencia a un cuidado especializado, interdisciplinario, enfocado en mejorar y mantener la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a una enfermedad con elevada morbimortalidad como lo es la IC. El propósito de la presente revisión es evaluar el impacto de la integración de los CP en el tratamiento multidisciplinario de la IC en todas las fases de la enfermedad y determinar la factibilidad de su aplicación en la práctica clínica.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca - Cuidados paliativos - Pronóstico

ABSTRACT

Heart failure is a chronic, complex and progressive disease, with high morbidity and mortality, and growing prevalence. Despite advances in therapeutic strategies to improve survival and reduce hospitalizations, heart failure still generates a negative impact on the patients' quality of life, making it necessary to develop health policies based not only on their physical but also on their psychosocial integrity. Palliative care refers to specialized, interdisciplinary care focused on improving the quality of life of patients who suffer a disease with elevated morbidity and mortality. The aim of this review is to assess the impact of the implementation of palliative care in the multidisciplinary treatment of heart failure throughout all the stages of the disease, and to determine the feasibility of its application in clinical practice.

Key words: Heart failure - Palliative care - Prognosis

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) representa un síndrome complejo, cuya prevalencia se ha incrementado en los últimos años producto del envejecimiento poblacional, la presencia de múltiples comorbilidades y la mayor sobrevida de las enfermedades cardiovasculares. (1-3) A pesar del desarrollo de estrategias terapéuticas destinadas a reducir la mortalidad, la IC se asocia a una elevada morbilidad y a un progresivo deterioro funcional. (4) A su vez, las descompensaciones representan una de las principales causas de internación en adultos mayores de 65 años, con una elevada tasa de reinternaciones. (5)

Varios autores han demostrado el impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con IC. Ello es producto de la limitación en la clase funcional (CF), de la pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria, y de la presencia de síntomas físicos y trastornos del estado de ánimo (comparables o superiores a los manifestados por los pacientes oncológicos), los cuales en ocasiones suelen ser subdiagnosticados y subtratados. (6-8)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a los cuidados paliativos (CP) como “un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus allegados que enfrentan problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal. Incluye la

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:284-289. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20654>

Recibido: 04/06/2023 - Aceptado: 09/07/2023

Dirección para separata: mariangelsanchez@hospitalaleman.com Avenida Pueyrredón 1640. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. CPC 1118AAT - tel (+5411) 48277000



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Servicio de Cardiología. Departamento de Medicina Interna. Hospital Alemán. Buenos Aires. Argentina

² Servicio de Cuidados Paliativos. Departamento de Medicina Interna. Hospital Alemán. Buenos Aires. Argentina

prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual". (9) En pacientes oncológicos la intervención temprana por equipos de CP ha demostrado mejorar la calidad de vida, reducir costos y admisiones hospitalarias. Por esto, resulta interesante evaluar si los pacientes con IC también podrían beneficiarse de los cuidados que ofrecen los CP en sus distintos niveles de atención.

El objetivo de la presente revisión es evaluar la evidencia existente sobre el impacto de la integración de los CP al tratamiento multidisciplinario de la IC, los factores limitantes en su aplicación y su factibilidad en la práctica clínica diaria.

CUIDADOS PALIATIVOS

Originalmente, los CP se han desarrollado en el marco de la atención de enfermos oncológicos en fase terminal con el objetivo de lograr control sintomático en el final de vida. (10) La creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la morbimortalidad que generan ha llevado a una transición del modelo clásico de atención, en el cual se instauraban los CP exclusivamente en estadios terminales, hacia un modelo de atención integral en el que se destaca el inicio temprano de la atención paliativa en conjunto con el tratamiento activo de la enfermedad. En este último modelo, a medida que progresa la enfermedad y aumentan las necesidades de los pacientes, se intensifican los CP para acompañar al paciente y sus familiares. Se contempla, inclusive, la atención al grupo familiar durante el proceso de duelo tras la muerte del paciente. Este modelo organizativo genera un cambio de paradigma en la atención del paciente crónico en el que se jerarquiza tanto el tratamiento curativo como el paliativo, lo que permite una atención dinámica e integrada y se deja atrás el concepto original de los CP que se encontraban orientados al tratamiento de fin de vida. (11-13) (Figura 1).

En pacientes con enfermedades crónicas, los CP han demostrado un beneficio consistente en términos de mejora en la calidad de vida, control sintomático, reducción de hospitalizaciones y aumento de medidas anticipadas que priorizan el confort por sobre medidas invasivas al final de vida, con la consecuente reducción de gastos de salud, lo cual evita la futilidad. (14,15)

- Se reconocen tres niveles de atención en CP: (16,17)
- Primer nivel o CP primarios: involucra la aplicación de competencias básicas de CP por parte de los profesionales del primer nivel de atención para brindar a los pacientes control sintomático.
 - Segundo nivel o CP secundarios: considera la atención interdisciplinaria en la que los equipos de CP son interconsultados y brindan apoyo complementario. La formación específica de cada equipo varía de acuerdo con las necesidades del paciente. (11)
 - Tercer nivel o CP terciarios: la atención es realizada en centros asistenciales con equipos especializados en CP. Se brinda atención a pacientes muy complejos que precisan hospitalización.

El acceso a los CP se ha declarado derecho humano universal. (18) Según la OMS, Argentina se encuentra dentro de los países con crecimiento activo en el área de CP. (11) Sin embargo, aún existe inequidad en el acceso. En 2022 se sancionó la Ley Nacional de Cuidados Paliativos con la finalidad de garantizar el acceso a los CP en todos los ámbitos de atención.

Implementación de cuidados paliativos en la insuficiencia cardíaca: vayamos a la evidencia

En el estudio PREFER de diseño prospectivo, aleatorizado y abierto, se comparó un modelo de atención integral de seguimiento domiciliario por CP en conjunto con cardiólogos especialistas en IC, con el seguimiento por únicamente estos últimos, en pacientes con IC en CF NYHA III-IV (36 pacientes en cada grupo). Para analizar los resultados se utilizó la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) y el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ). El primero

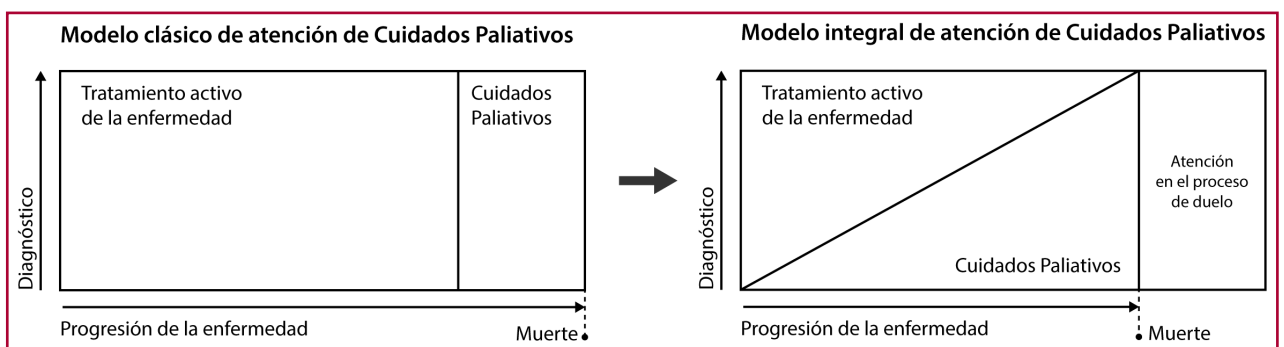


Fig. 1. Transición del modelo clásico de atención de cuidados paliativos hacia un modelo de atención integral en el que se destaca el inicio temprano de la atención paliativa, en conjunto con un tratamiento activo de la enfermedad. Modificado de Lynn J, Adamson D.M. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. WHO regional office for Europe. 2004.

hace referencia a una herramienta a través de la cual se evalúa el promedio de intensidad de síntomas como dolor, disnea, astenia, náuseas, depresión, ansiedad, bienestar, falta de apetito e insomnio en un período de tiempo. El segundo corresponde a un cuestionario autoaplicable específico para IC, compuesto por 23 ítems que engloban 5 dimensiones autopercebidas por el paciente de su estado de salud: limitación física, síntomas (frecuencia, gravedad y estabilidad), autocuidado, calidad de vida y limitación social. La estrategia CP junto con especialistas en IC demostró que mejora de manera estadísticamente significativa la calidad de vida comparada con el grupo control ($p = 0,05$) así como también una mejora en la carga sintomática ($p = 0,035$). La implementación de cuidados integrales evidenció un cambio significativo en la CF a los 6 meses con respecto al control (39% vs 10%, $p = 0,012$). Adicionalmente, el grupo de intervención presentó una reducción de hospitalizaciones ($p = 0,009$). (19) Dichos hallazgos son consistentes con los publicados por Wong *et al.*, que evidenciaron en pacientes dados de alta de una internación por IC reducción en el número de reinternaciones y mejoría sintomática con una estrategia de CP. (20)

En el estudio PAL-HF se adjudicó aleatoriamente a 150 pacientes con IC avanzada (ICAv), recientemente hospitalizados, a recibir asistencia médica habitual, vs. esta última en conjunto con un seguimiento por CP. Los pacientes presentaban una edad media de 71 años, más del 70% se encontraba en CF NYHA III, con un promedio de 2,2 hospitalizaciones en el año previo al enrolamiento. Las puntuaciones del KCCQ evidenciaron una mala calidad de vida, con una carga sintomática intensa. Para analizar los resultados se utilizó el KCCQ y la escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care* (FACIT-Pal). Esta última hace referencia a un cuestionario autoaplicable de 46 ítems que evalúa la calidad de vida en los dominios físico, social-familiar, emocional y funcional. Incluye también aspectos específicos de CP. Se observó diferencia a favor de los pacientes asignados a la rama de seguimiento interdisciplinario con CP con una diferencia en el KCCQ de 9,49 puntos (IC 95% 0,94-18,05; $p = 0,030$) y una diferencia en la escala FACIT-Pal de 11,77 puntos (IC95% 0,84- 22,71; $p = 0,035$) con respecto a los pacientes bajo seguimiento convencional a los 6 meses de seguimiento. Asimismo, se observó un beneficio significativo con respecto al grado de ansiedad ($p = 0,048$) y de depresión ($p = 0,020$) también a favor del seguimiento interdisciplinario. (21)

En una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados de pacientes con ICAv, que compararon la implementación de CP más los cuidados usuales vs. estos últimos únicamente, se incluyeron 1050 pacientes. El seguimiento integral por CP asociado al cuidado estándar se asoció a mejoría en la calidad de vida, reducción de hospitalizaciones (OR 0,56; IC95%; 0,33-0,94) y reducción de la carga sintomática en comparación con los cuidados usuales. (22)

Lo expresado refleja un beneficio consistente en términos de mejora en la calidad de vida y carga sintomática de los pacientes con ICAv. Sin embargo, cabe destacar la dificultad que plantea la inclusión y permanencia en trabajos de investigación de pacientes en estadios avanzados, lo que se ve reflejado en el bajo número de pacientes incluidos en estos. A la vez, dado que en la mayoría de los estudios se evalúan puntos finales subjetivos, debe tenerse en cuenta el potencial riesgo de sesgo al interpretar los resultados.

Barreras en la implementación de cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca

Las guías de práctica clínica de IC recomiendan considerar la integración de los CP a la atención de los pacientes. (23,24) Sin embargo, un tercio de los pacientes se encuentran postrados al momento en que se inicia un seguimiento por CP. (25,26) Esto deja al descubierto que existen barreras que fomentan la inequidad en el acceso a los CP entre los pacientes con IC.

Para algunos profesionales, el seguimiento por CP en conjunto con el tratamiento activo de la enfermedad engloba acciones contradictorias, dado que consideran que los CP se reservan exclusivamente para fases terminales de la enfermedad, como un recurso al que se recurre cuando los objetivos terapéuticos no se alcanzan y no existen alternativas para ofrecer. (27) Esto deja al descubierto el error conceptual existente a nivel poblacional en torno al término paliativos, así como la limitada formación en CP que poseen los profesionales de la salud. (28,29)

Por otro lado, diversos autores coinciden en que existe falta de comunicación entre los médicos y los pacientes con IC. Solo un 12% de los profesionales discuten anualmente el pronóstico con sus pacientes. (30,31) Esto deriva en una dificultad en la planificación de cuidados avanzados, ya que la consulta con el médico de cabecera, con el paciente externado, constituye un contexto propicio para abordar las directivas anticipadas. Estas representan una declaración de voluntad que realiza el paciente en pleno uso de sus facultades mentales, con el objeto de que surta efecto cuando no pueda expresarla. De esta manera, se asegura que la atención sanitaria a futuro sea conforme a sus preferencias, garantizando así el cumplimiento del principio de autonomía y una mejor calidad de atención en el fin de vida. (32-34)

Otro aspecto importante para tener en cuenta es la dificultad que plantea detectar el momento oportuno para la inclusión en un seguimiento por CP. Es frecuente que, tras una descompensación aguda, luego de instaurarse el tratamiento adecuado, el paciente pueda recuperarse y ser externado. Sin embargo, no suele regresar al estado que se encontraba previamente. Estos reiterados episodios de descompensación con posterior mejoría suelen ocasionar dudas en los médicos tratantes, lo que retrasa la inclusión en programas de CP. En una revisión sistemática que evaluó los criterios de derivación a CP, se evidenció que el 50% se realizó

por persistencia de síntomas físicos y trastornos del estado de ánimo. Un 45% por una CF NYHA avanzada, y un 37% por hospitalizaciones frecuentes. (35) Para abordar esta problemática, se han propuesto diversos puntajes como el Heart Failure Survival Score (HFSS) y el Seattle Heart Failure Model (SHFM), (36) así como también se ha recomendado la utilización de la pregunta sorpresa “¿se sorprendería si este paciente falleciera en el próximo año?”, para el reconocimiento de pacientes con IC que se encuentran próximos al final de vida y así fomentar la consulta con CP. Straw *et al.* evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre la respuesta “no sorprendido” y la mortalidad por todas las causas a un año ($p = 0,046$). (37) Es importante destacar que estas herramientas dejan al descubierto, lamentablemente, la idea de derivación a CP en estadios avanzados de la enfermedad. No obstante, podrían ser útiles para una valoración más objetiva del pronóstico de los pacientes, pudiendo orientar la planificación de cuidados avanzados.

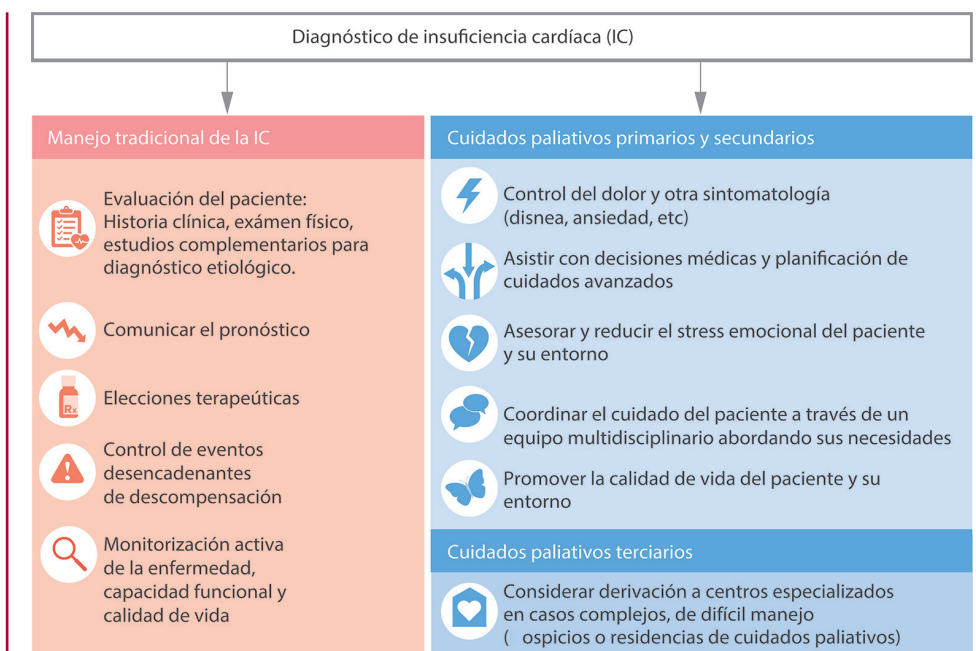
Cuidados paliativos en la IC: sobre guías y recomendaciones

La Asociación de IC de la Sociedad Europea de Cardiología ha publicado varias recomendaciones en las que reconoce el valor de la implementación temprana de CP en el manejo multidisciplinario de la IC. (38) En la última edición de la guía sobre el diagnóstico y el tratamiento, se establece que los pacientes con IC podrían beneficiarse de la integración de CP al seguimiento, independientemente del estadio en que se encuentren, incluso si se plantea su implementación desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y se aumentan los requerimientos de estos a medida que la

enfermedad va progresando y avanzando. (23, 24) Este modelo organizativo genera un cambio de paradigma para el paciente con IC en el que se jerarquiza tanto el tratamiento curativo como el paliativo, lo que permite una atención dinámica e integrada, y deja atrás el concepto original de los CP centrados en el tratamiento de fin de vida. (13) A la vez, invita a los profesionales de salud a aplicar un enfoque paliativo desde el primer nivel de atención, que permite la detección de necesidades de los pacientes y facilita la derivación a equipos especializados para un manejo más específico cuando sea necesario. (Figura 2)

El modelo de implementación temprana de CP ha demostrado ser beneficioso en pacientes oncológicos. (15) Sin embargo, con respecto al inicio de los CP desde el diagnóstico en pacientes con IC, no se ha encontrado evidencia objetiva que analice el impacto dado que la mayoría de los trabajos incluyen pacientes en estadios avanzados. Actualmente se encuentra en desarrollo el estudio The Early Palliative Care in Heart Failure Trial con un diseño aleatorizado, controlado, prospectivo, abierto y multicéntrico que incluyó 200 pacientes con IC con fracción de eyección ventricular izquierda preservada o deteriorada, que se encuentren en CF NYHA mayor o igual que 2. Los participantes se asignaron aleatoriamente a recibir cuidados estándar por cardiólogos especialistas, o por estos últimos asociados a CP. Como desenlace primario se evaluará la calidad de vida a los 12 meses. (39) Las conclusiones de dicho trabajo podrían proporcionar el impulso necesario para superar los desafíos actuales relacionados con el uso limitado de los CP y permitir una mayor aplicación desde estadios tempranos en pacientes con IC.

Fig. 2. Modelo de atención integral en la que se incorporan los cuidados paliativos, en sus distintos niveles, al tratamiento activo de la insuficiencia cardíaca. Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, se crea una continuidad entre la intervención del especialista en insuficiencia cardíaca con las medidas de confort que brindan los cuidados paliativos, a la vez que se establecen los objetivos terapéuticos y la planificación de cuidados a futuro. Modificado de Kavalieratos et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. J Am Coll Cardiol. Octubre de 2017, 70 (15) 1919-1930.



CONCLUSIONES

La IC representa una patología compleja, de creciente prevalencia, causante de un deterioro progresivo en la capacidad funcional de los pacientes con una elevada morbimortalidad asociada. La analogía existente con los pacientes oncológicos al evaluar la carga sintomática elevada y los beneficios demostrados de los CP al ser implementados desde estadios tempranos de la enfermedad invita a considerar un cambio de paradigma en la atención del enfermo con IC.

La implementación progresiva de CP, desde el diagnóstico y como parte de un manejo multidisciplinario de la IC desde un primer momento, tiene como principal objetivo detectar e intervenir en las necesidades específicas de cada paciente, optimizando su calidad de vida, mientras se mantiene un tratamiento activo de la enfermedad. Conforme esta enfermedad avanza y las opciones terapéuticas se van agotando, una comunicación adecuada y fluida resulta fundamental para establecer un plan de cuidados individualizado, orientado a una atención conforme a las preferencias del paciente y su entorno, que garantice su autonomía e intente evitar acciones fútiles que solo prolonguen su sufrimiento y su agonía.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web).

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido fuentes de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

- Lippi G, Sanchis-Gomar F. Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Med J* 2020;5:15-15.
- Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway C.W, et al. Heart disease and stroke statistics-2021 update: A report from the American Heart Association: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2021;143:254-743.
- Van Deursen VM, Urso R, Laroche C, Damman K, Dahlström U, Tavazzi L, et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey: Co-morbidities in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2014;16:103-11.
- Jones NR, Roalfe AK, Adoki I, Hobbs FD, Taylor CJ. Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2019; 21:1306-25.
- Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res* 2013;113:646-59.
- Jaarsma T, Johansson P, Agren S, Strömberg A. Quality of life and symptoms of depression in advanced heart failure patients and their partners. *Curr Opin Support Palliat Care* 2010;4:233-7.
- Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, Yamashita TE, Hutt E, Gottlieb SH, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med* 2009;24:592-8.
- Evangelista LS, Sackett E, Dracup K. Pain and heart failure: unrecognized and untreated. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;8:169-73.
- World Health Organization. WHO definition of Palliative Care. 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1928-52.
- Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, Baxter S, Beckwith SK, Clark D, Cleary J, et al. *Global Atlas of Palliative Care*. Second Edition. 2020.
- Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer. *Aust J Gen Pract* 2018;47:765-9.
- Lynn J, Admason DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. WHO Regional Office for Europe 2004. serious chronic illness in old age. WHO Regional Office for Europe 2004
- Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne Odom JN, Erneckoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Assoc*. 2016;316:2104-14.
- Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med* 2015;4:99-121.
- Herrera Molina E, Rocafort Gil J, Cuervo Pinna MA, Redondo Moralod MJ. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Atencion Primaria*. 2016;38:85-92.
- Von Gunten C.F. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *J Am Med Assoc* 2002;287:875-81.
- International Association for Hospice and Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance: Joint declaration and statement of commitment on palliative care and pain treatment as human rights. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2008;22:300-2
- Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study: PREFER: a randomized controlled study. *Eur J Heart Fail* 2014;16:1142-51.
- Wong FK, Ng AY, Lee PH, Lam PT, Ng JS, Ng NH, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. *Heart (British Cardiac Society)*. 2016;102:1100-8.
- Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative care in heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:331-41.
- Sahlollbey N, Lee C.K.s, Shirin A, Joseph P. The impact of palliative care on clinical and patient-centred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *Eur J Heart Fail* 2020;22:2340-6.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumhach A, Böhm M, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-726.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey D Jr, Drazner MH, et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:147-239.
- Warraich HJ, Wolf SP, Mentz RJ, Rogers JG, Samsa G, Kamal AH. Characteristics and trends among patients with cardiovascular disease referred to Palliative Care. *JAMA Network Open*. 2019;2:192-375.
- Bakitas M, MacMartin M, Trzepakowski K, Robert A, Jackson L, Brown J.R, et al. Palliative care consultations for heart failure patients: How many, when, and why? *J Cardiac Fail*. 2013;19:193-201
- Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, Dev S, Biddle AK, Reeve BB, et al. Not the 'grim reaper service': an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Am Heart Assoc* 2014;3, e000544.
- Zimmermann C, Wong JL, Swami N, Pope A, Cheng Y, Mathews J, et al. Public knowledge and attitudes concerning palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;0:1-11
- Pieters J, Dolmans DH, Versteegen DM, Warmenhoven FC, Courtens AM, Van den Beuken Van Everdingen MH. Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views

on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Support Palliat Care* 2019;18:72.

30. Dunlay SM, Foxen JL, Cole T, Feely MA, Loth AR, Strand JJ, et al. A survey of clinician attitudes and self-reported practices regarding end-of-life care in heart failure. *Palliat Med* 2015;29:260-7.

31. Schallmo MK, Dudley Brown S, Davidson PM. Healthcare providers' perceived communication barriers to offering palliative care to patients with heart failure: An integrative review: An integrative review. *J Cardiovasc Nurs* 2019;34:9-18.

32. Seymour J, Gott M, Bellamy G, Ahmedzai SH, Clark D. Planning for the end of life. *Soc Sci Med*.2005;59:57-68.

33. Belli LF. El debate en torno a la validez de las directivas anticipadas en salud. *Persona y Bioética* 2014;18:213-25.

34. Chen JL, Sosnov J, Lessard D, Goldberg RJ. Impact of do-not-resuscitation orders on quality of care performance measures in patients hospitalized with acute heart failure. *Am Heart J*. 2008;156:78-84.

35. Chang YK, Kaplan H, Geng Y, Mo L, Philip J, Collins A, et al.

Referral criteria to palliative care for patients with heart failure: A systematic review: A systematic review. *Circulation. Heart Fail*. 2020;13:e006881

36. Goda A, Williams P, Mancini D, Lund LH. Selecting patients for heart transplantation: comparison of the Heart Failure Survival Score (HFSS) and the Seattle heart failure model (SHFM). *J Heart Lung Transplant* 2011;30:1236-43.

37. Straw S, Byrom R, Gierula J, Paton MF, Koshy A, Cubbon R, et al. Predicting one-year mortality in heart failure using the "Surprise Question": a prospective pilot study. *Eur J Heart Fail* 2019; 21:227-34.

38. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, De Stutz N, et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail*. 2020;22:2327-39.

39. Becher MU, Balata M, Hesse M, Draht F, Zchoval C, Weltermann B, et al. Rationale and design of the EPCHF trial: the early palliative care in heart failure trial (EPCHF). *Clin Res Cardiol* 2021;9:1-9