

## Insuficiencia cardiaca en fases avanzadas y cuidados paliativos.

De la Vega Lanciego A

*MIR de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).*

Chimeno Viñas MM

*Licenciada Especialista Sanitaria. Tutora coordinadora de Residentes de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).*

Palomar Rodríguez LM

*Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).*

Seisdedos Cortés L

*Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).*

Borja Andrés S

*Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. (España).*

*E-mail: dradelavega@hotmail.com*

### RESUMEN

**Objetivos:** Actualización sobre insuficiencia cardiaca en fase terminal y el papel de los cuidados paliativos.

**Material y métodos:** Revisión de la literatura publicada, mediante la herramienta PubMed.

**Resultados:** La insuficiencia cardiaca es una patología prevalente en la actualidad, dado el aumento de la esperanza de vida y los avances médicos. Ha aumentado su progresión a fase crónica, con descompensaciones frecuentes, donde los cuidados paliativos pueden entrar en juego.

**Conclusiones:** La identificación de las necesidades de estos cuidados paliativos es difícil. Para ello existen diversos índices como el instrumento NECPAL (identificación de pacientes) así como algunos índices pronósticos.

### PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca avanzada. Cuidados paliativos. Paciente oncológico. Terminalidad. Marcadores pronósticos.

### ORIGINAL

#### 1. IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) continúa en alza en los países occidentales debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, constituyendo una de las epidemias del siglo XXI (figura 1a).

En España, la prevalencia se estima en el 6,8 % de la población mayor de 45 años, elevándose hasta un 16 % si se consideran a los mayores de 75 años. Respecto a la incidencia, ésta es de uno a cinco nuevos casos/ año por cada 1000 habitantes, y hasta

40 nuevos casos/ año cuando se considera a la población de más 75 años de edad.

La IC es uno de los diagnósticos más frecuentes al alta hospitalaria, especialmente en mayores de 65 años siendo responsable de hasta 80000 ingresos anuales<sup>1</sup>. También es responsable de un gran número de reingresos hospitalarios provocando un lento declive en la capacidad funcional y en la calidad de vida<sup>2</sup>.

Aproximadamente el 50 % de los pacientes, después del diagnóstico de insuficiencia cardiaca, morirá a los cinco años, siendo la mortalidad al año del 32 %<sup>3</sup> (figura 1b). Se estima que hasta un 40 % de las muertes será por progresión de la enfermedad.

Esta mortalidad es superior en mayores de 75 años cuyo índice de comorbilidad de Charlson  $\geq 3$ <sup>4</sup>. En un estudio con datos recogidos en Escocia se ha considerado que tiene mayor mortalidad a tres y cinco años que cánceres como los de mama, próstata, colon y cérvix, y menor que el cáncer de pulmón en varones y ovario en mujeres<sup>3</sup>.

Debido a los importantes avances, el uso de betabloqueantes, desfibriladores automáticos, etc, cada vez encontraremos menos pacientes cuyo desenlace sea la muerte súbita (40 %), y aumenta el porcentaje de pacientes que fallecerán por progresión a fase crónica terminal<sup>5</sup>. Estos pacientes que progresarán a insuficiencia cardiaca avanzada (lo que se llamaría estadio D, síntomas pese a tratamiento médico intensivo)<sup>6</sup> se considerarán refractarios. Las pautas de tratamiento, en el mejor de los casos, sólo logran retardar la evolución, pero no detener la progresión.

Sin embargo, estos pacientes tienen menos opciones y acceso más limitado a los cuidados médicos de apoyo y paliativos, por la dificultad para pensar en esta enfermedad como una enfermedad terminal.

Hay que tener en cuenta, que las trayectorias son distintas al final de la vida en pacientes con enfermedad crónica progresiva. Levenson explica las diferencias entre las trayectorias desde el diagnóstico hasta el fallecimiento (figuras 2a y 2b). La de la insuficiencia cardiaca avanzada será distinta que en otras patologías como el cáncer. A diferencia de éste, se producen episodios de deterioro agudo con múltiples crisis y recuperación parcial, sin volver a la funcionalidad previa<sup>7</sup>.

Las descompensaciones recurrentes y los síntomas que deterioran la calidad de vida han hecho que los cuidados paliativos sean importantes en este ámbito<sup>8</sup> y se recomiendan con nivel de evidencia IA en las guías del American College of Cardiology/ American Heart Association.

## **2. DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA. CRITERIOS DE TERMINALIDAD. INSTRUMENTO NECPAL.**

Hablamos de enfermedad terminal en el caso de carácter avanzado en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva según el documento correspondiente a la Declaración sobre la atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos de enero de 2002).

Se define como insuficiencia cardiaca refractaria, cuando se ha convertido ya en rebelde a las posibilidades terapéuticas<sup>9</sup>. Sin embargo, la identificación de las necesidades de cuidados paliativos en estos pacientes es difícil de establecer. Dicha falta de identificación hace que en algunos casos los pacientes fallezcan en hospitales de agudos con tratamiento activo para la insuficiencia cardiaca debido a que la respuesta es impredecible e individual. Faltan factores con sensibilidad y especificidad elevada para predecir la mala evolución del proceso.

Generalmente, la reiteración en la hospitalización de un paciente es indicativa de que el ingreso en una unidad de cuidados paliativos reportaría una atención más adecuada, y al menos, una reducción del número de estancias hospitalarias (la decisión debería ser tomada en conjunto, con el paciente, cuidadores, médicos y la familia). Tres o más hospitalizaciones en edad de más de 85 años se asocian a una supervivencia de un año o menos según los resultados de un estudio retrospectivo<sup>10</sup>.

Los modelos tradicionales en Medicina consideraban excluyentes curación y tratamiento paliativo. Es más aconsejable un modelo integrador de ambos aspectos.

El nuevo modelo de cuidados paliativos se centra en mantener y mejorar la calidad de vida durante

cualquier estadio de la enfermedad<sup>8</sup>. Aunque se han desarrollado varios modelos para evaluar el pronóstico, el más validado es el Seattle Heart Failure Model. Este emplea características clínicas para predecir mortalidad a uno, dos y cinco años: edad, sexo, clase de la NYHA, presencia de enfermedad isquémica y peso; aunque algunos estudios recientes sugieren que en pacientes muy avanzados subestima el riesgo<sup>11,12</sup>.

Ningún modelo predice con exactitud qué pacientes se encuentran en el último año. Esto crea una dificultad en los clínicos para determinar cuándo es el momento indicado para los cuidados paliativos<sup>3,8</sup>.

La National Hospice Organization norteamericana elaboró en 1996 unos criterios<sup>13</sup> que sirvieran para seleccionar a los pacientes que debían ingresar en un "hospicio" basado en factores predictivos de alta mortalidad en seis meses<sup>3</sup>. Sería preciso: que el paciente y familia estuvieran informados; que el objetivo fuera paliar los síntomas; que la progresión de la enfermedad estuviera documentada; y que hubiera desnutrición por el proceso terminal. Sin embargo, es necesario añadir que hubiera acuerdo de varios facultativos, que estuvieran contraindicadas técnicas quirúrgicas, hiponatremia, etc.

Según Ellershaw<sup>14</sup>, para identificar a un paciente terminal durante un ingreso por insuficiencia cardiaca debería haber: a) un empeoramiento clínico a pesar de los ingresos; b) ausencia de desencadenante; c) no mejoría a pesar del tratamiento; d) deterioro de la función renal; e) ausencia de respuesta tras dos o tres días de cambios en el tratamiento diurético o vasodilatador; f) niveles elevados de valores séricos de péptidos natriuréticos.

El británico Pronostic Indicator Guidance (PIG-GSF)<sup>15</sup>, usa un algoritmo con sólo tres pasos:

- La «pregunta sorpresa»: ¿estaría sorprendido si este paciente falleciera en los próximos 6-12 meses?
- La presencia de indicadores de deterioro general o de necesidad de cuidados (deterioro del estado general, comorbilidad, dependencia funcional y otros)
- La presencia de indicadores clínicos específicos (descritos para el cáncer, enfermedades de órgano y un grupo inespecífico de fragilidad y demencia).

Hoy en día, se está avanzando en la medida de la "fragilidad", que tiene mayor capacidad pronóstica y explicativa que la mayoría de los índices usados en paliativos no oncológicos<sup>16</sup>.

Marcadores "predictores de mal pronóstico en insuficiencia cardiaca" son: función renal deteriorada, arritmias, caquexia, hospitalizaciones recurrentes, anemia, hiponatremia, etc. Además, existen parámetros útiles en la valoración del pronóstico como son: edad, estado funcional según la NYHA, parámetros como creatinina, elevación de troponina, NT, NproBNP, parámetros ecocardiográficos, y la cistatina C (esta última actualmente en investigación)<sup>1</sup>.

Recientemente se ha elaborado el instrumento NECPAL<sup>17</sup> (tabla I), que pretende **identificar** enfermos que requieren medidas paliativas, en servicios generales, centros sociosanitarios, atención primaria, etc. Está basado en el PIG (Pronostic Indicator Guidance)<sup>15</sup>, para la identificación de pacientes en situación terminal. Aunque su validez predictiva es objeto de estudio actualmente. Está indicado para personas con enfermedades crónicas evolutivas avanzadas:

1. Paciente oncológico.
2. Paciente con enfermedad pulmonar crónica especialmente afectado por la enfermedad.
3. Paciente con enfermedad cardiaca crónica especialmente afectado por la enfermedad.
4. Paciente con enfermedad neurológica crónica (ELA, ACV, EM, Parkinson,...).
5. Paciente con enfermedad hepática crónica.
6. Paciente con enfermedad renal crónica.
7. Paciente con demencia especialmente afectado por la enfermedad.
8. Paciente geriátrico, en situación de fragilidad particularmente avanzada.
9. Paciente que sin estar incluido ha precisado ser atendido con más intensidad.

No contraindica ni limita el tratamiento específico de la enfermedad. No sirve para determinar pronóstico o supervivencia, ni para contraindicar medidas de control de enfermedad, definir criterio de intervención de equipos paliativos o rechazar medidas terapéuticas curativas.

Se considera identificación positiva cualquier paciente con: pregunta sorpresa con respuesta negativa y al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta positiva. Este instrumento combina evaluaciones de percepción subjetiva, con

necesidades percibidas, parámetros de severidad y progresión, aspectos emocionales, y uso de recursos.

Como conclusión podemos decir que existe dificultad para identificar al paciente con insuficiencia cardíaca avanzada, aunque hay instrumentos que nos pueden ayudar.

En lo referente al pronóstico en enfermos no oncológicos, los modelos predictivos generales de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (tabla II).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Farráis Villalba M, Rodríguez Esteban M. Marcadores pronósticos en la insuficiencia cardíaca. Situación actual. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 310-11.
2. Cowie MR, Fox KF, Wood DA, Metcalfe C, Thompson SG, Coats AJ, et al. Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study. *Eur Heart J*. 2002; 23: 877-85.
3. Formiga F, Manito N, Pujol R. Insuficiencia cardíaca terminal. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 263-7.
4. Jong P, Vowinckel E, Liu PP, Gong Y, Tu JV. Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized for heart failure: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 1689-94.
5. Zacharias H, Raw J, Nunn A, Parsons S, Johnson M. Is there a role for subcutaneous furosemide in the community and hospice management of end-stage heart failure?. *Palliat Med*. 2011; 25: 658-63.
6. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*. 2009; 120: 2597-606.
7. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. Review article: a model of palliative care for heart failure. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009; 26: 399-404.
8. Shah AB, Udeoji DU, Baragoush A, Bharadwaj P, Yennurajalingam S, Schwarz ER. An evaluation of the prevalence and severity of pain and other symptoms in acute decompensated heart failure. *J Palliat Med*. 2013; 16: 87-90.
9. Kini V, Kirkpatrick JN: Ethical challenges in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013; 7: 21-8.
10. Setoguchi S, Stevenson LW, Schneeweiss S. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J*. 2007; 154: 260-6.
11. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, Sutradhar SC, Anker SD, Cropp AB, et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure. *Circulation*. 2006; 113: 1424-33.
12. Kalogeropoulos AP, Georgiopoulou VV, Giamouzis G, Smith AL, Agha SA, Waheed S, et al. Utility of the Seattle Heart Failure Model in patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53: 334-42.
13. Stuart B, Alexander C, Arenella C. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 2<sup>nd</sup> edition. Arlington, VA: National Hospice Organization; 1996.
14. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. 2003; 326: 30-4.
15. The gold standards framework. Prognostic Indicator Guidance. Revised Vs 5. Sept 2008. [Internet]. [Acceso 10 de noviembre de 2013]. Royal Collage of General Practitioners. Disponible en: <http://www.goldstandardsframework.org.uk>
16. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011; 305: 50-8.
17. 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: 241-5.

**TABLAS Y FIGURAS**

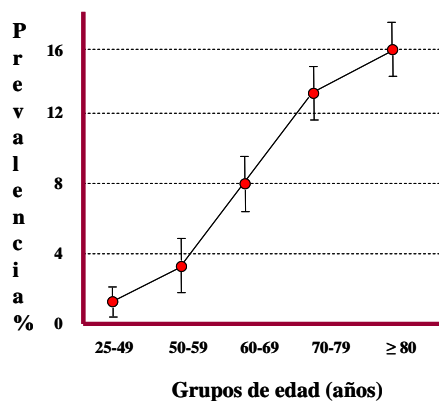


Figura 1a

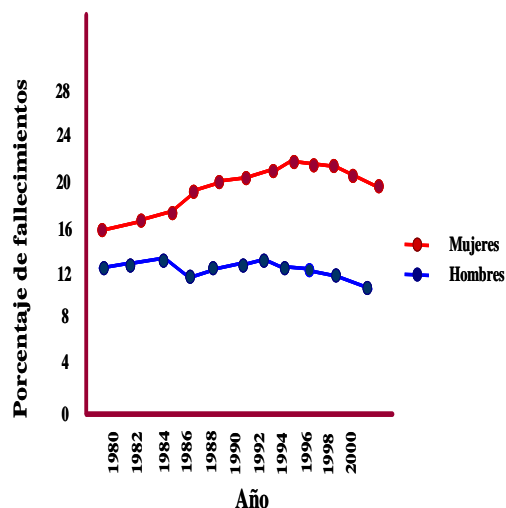


Figura 1b

Fuente fig. 1a: Instituto Nacional de Estadística. Boletín anual de estadística. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2007

Fuente fig. 1b: Adaptado de Rodríguez Artalejo F, Guallar Castellón P, Banegas Banegas JR, del Rey Calero J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain. 1980-1993. Eur Heart J. 1997;v 18: 1771-9.

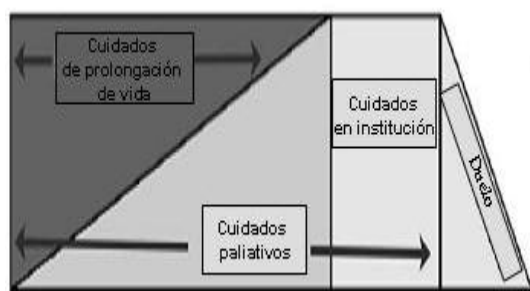


Figura 2a



Figura 2b

Figuras 2a y 2b. Modelo integrador de cuidados paliativos y evolución típica del fallo cardiaco.

Fuente: Adaptado de Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davis RB, Phillips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. J Am Geriatr Soc. 2000; 48 (5 suppl): S101-S109.

### INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas)

**INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES**

<b>1. LA PREGUNTA SORPRESA</b> – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD<sup>1</sup></b> – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
<b>Elección / demanda:</b> ¿El paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal <b>han solicitado</b> , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Necesidad:</b> ¿considera que este paciente <b>requiere actualmente</b> medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN</b> – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
<b>Marcadores nutricionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Marcadores funcionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema</b> , al menos 2 de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estado III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de <b>distress emocional</b> con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Factores adicionales de uso de recursos</b> , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Comorbilidad:</b> ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS</b> – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas	
<b>ENFERMEDAD ONCOLÓGICA</b> (sólo requiere la presencia de <b>un criterio</b> ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estado IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica– también en estado III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b> (presencia de <b>dos o más</b> de los siguientes criterios) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliar o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA</b> (presencia de <b>dos o más</b> de los siguientes criterios) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estado III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de pecho o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca / cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC</b> (sólo requiere la presencia de <b>un criterio</b> ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antifislagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras por decúbito estado 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON</b> (presencia de <b>dos o más</b> de los siguientes criterios) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <b>un criterio</b> ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estado C o D (BCLC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <b>un criterio</b> ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>DEMENCIA</b> (presencia de <b>dos o más</b> de los siguientes criterios) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</span> <input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral <input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tabla I.

- 
1. Insuficiencia cardíaca congestiva recurrente con repetidos ingresos hospitalarios
  2. Clase funcional IV de NYHA, persistente
  3. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo <20%
  4. Administración del tratamiento óptimo
  5. Contraindicación para trasplante cardíaco
- 

**Tabla II.**

Criterios de la National Hospice Organization para la definición de insuficiencia cardíaca terminal.