

PDA



PLANIFICACIÓN DE DECISIONES ANTICIPADAS



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



Índice

1. **Introdución**
2. **Que é a Planificación de Decisións Anticipadas (PDA)**
3. **Quen pode iniciar e desenvolver a PDA: beneficiarios e requisitos**
4. **Cando se recomenda facer a PDA**
5. **Beneficios da PDA**
6. **Que inclúe a PDA: áreas que se deben abordar**
7. **Como se realiza a PDA: fases**
8. **Rexistro da PDA: historial clínico**

1. INTRODUCCIÓN

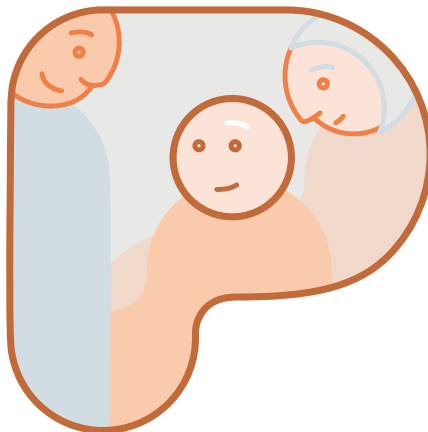
Advance Care Planning (Planificación Anticipada da Atención Médica) xurdiu na década dos 90 nos Estados Unidos para axudar aos pacientes para comprender e compartir os seus valores persoais, metas de vida e preferencias con respecto á atención médica futura. Outros sistemas sanitarios do mundo fórona instaurando, como Australia, Nova Zelandia, Canadá ou Reino Unido.

No noso país, este concepto ten varias versións: planificación de decisións anticipadas (PDA), planificación anticipada da asistencia (PAA), planificación anticipada de decisións (PAD) ou planificación compartida da atención (PCA).

Aínda que todas elas son ben aceptadas, neste documento imos usar a **terminoloxía de planificación de decisións anticipadas (PDA)**.

En España, coa **Lei estatal 41/2002 do 14 de novembro, Básica reguladora da Autonomía do paciente e de Dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica**, normalízase o dereito á autonomía do paciente e aparecen dous documentos: o consentimento informado e o documento de vontades anticipadas.

Ambos documentos son de valor legal, pero ao falar de PDA enténdese non só como un recoñecemento e respecto á autonomía da persoa, senón tamén á promoción da participación desta na xestión dos seus propios cuidados, anticipándose aos acontecementos clínicos probables e a toma de decisións respecto diso. Desta forma, perséguese cambiar o estilo da relación clínica entre pacientes e profesionais sanitarios, pasando do modelo tradicional “paternalista” cara a outro modelo centrado na autonomía do paciente e no seu dereito á información e á participación na toma de decisións clínicas.



2. QUE É A PLANIFICACIÓN DE DECISIÓNS ANTICIPADAS

A **Planificación de Decisións Anticipadas (PDA)** defínese como un proceso deliberativo e estruturado mediante o cal unha persoa expresa os seus valores, desexos e preferencias e, de acordo con estes e en colaboración coa súa contorna afectiva e o seu equipo asistencial de referencia, formula e planifica como quixese que fose a atención que debe recibir ante unha situación de complexidade clínica ou enfermidade grave que se prevé probable nun prazo de tempo determinado e relativamente curto, ou en situación de final de vida, especialmente naquelas circunstancias nas que non estea en condicións de decidir.

Desta forma, a PDA fomenta o recoñecemento e respecto á autonomía da persoa, e promove a participación desta na xestión dos seus propios coidados, anticipándose aos acontecementos clínicos probables e as correspondentes decisións.

O proceso do PDA débese caracterizar por ser un:

- **Proceso voluntario** – o paciente manifesta e comparte de forma voluntaria as súas preferencias co seu equipo sanitario sobre as actuacións sanitarias que desexa recibir ou rexeitar, segundo os seus valores, desexos e preferencias.
- **Proceso informado** – o paciente debe ser informado sobre os obxectivos, límites e consecuencias das súas decisións, a forma de quedar rexistrado e o uso que se fará do mesmo.
- **Proceso capacitado** – o paciente ten que ter a capacidade suficiente á hora de realizar o proceso do PAD; por iso é importante estar preparados e informados para iniciar o proceso de forma temperá, e facelo antes de que se produza unha deterioración na persoa enferma e xa non poida decidir por sí mesma.

3. QUEN PODE INICIAR E DESENVOLVER A PDA: BENEFICIARIOS E REQUISITOS

Os pacientes crónicos complexos ou con enfermidade crónica e/o avanzada e aqueles que sofren unha enfermidade cun alto risco de perder as funcións superiores (por exemplo, accidente cerebrovascular ou demencia), son as persoas que máis se poden beneficiar da PDA.

O proceso ten que ser iniciado por un profesional sanitario que está a atender á persoa enferma durante un período de tempo amplo e significativo (como pode ser o/a médico de familia, o/a enfermeira designada, o/a traballador social de base, o especialista designado para o seguimento da súa enfermidade crónica etc.)/ etc.). En calquera caso, un profesional co que poida manter unha relación de confianza e compromiso durante todo o proceso.

A finalidade da PDA debe ser elaborar un Plan conxunto, por iso, sempre que a persoa interesada o permita, deberían participar ademais os seus familiares, persoas de confianza e especialmente designar unha persoa representante (ver Designación dunha persoa representante no Punto 6 de leste mesmo documento - Que inclúe a PDA: áreas que se deben abordar).

4. CANDO SE RECOMENDA FACER A PDA

En enfermidades crónicas de órgano non cerebral (como son as enfermidades cardíacas, pulmonares, renais etc.), recoméndase facer a PDA cando a enfermidade está avanzada, con afectación severa ou intensa e cunha alta demanda de coidados.

Pero no caso de persoas con demencia, a PDA hai que facela de maneira precoz, co diagnóstico recente, e antes de que a enfermidade vaia avanzando, xa que logo pode existir compromiso da capacidade de entender, comprender ou expresar os seus desexos.

Ademais, debe ser no momento oportuno, cando a enfermidade fose aceptada e asumida pola persoa con demencia e a súa familia, e estar nunha situación relativamente estable para que poidan tomar as decisións adecuadas.

5. BENEFICIOS DA PDA

A PDA mostrou ser útil para diminuír os problemas bioéticos e mellorar a atención centrada na persoa cando se produciu esta perda da capacidade e o paciente atópase en situación de iniciar ou non tratamentos que repercuten directamente na súa calidade de vida e na súa supervivencia.

Outros estudos poñen de manifesto que a PDA obtivo resultados positivos na mellora do proceso asistencial, a satisfacción do paciente, da familia e do profesional, e na continuidade asistencial.

Pero ademais, podemos indicar varios beneficios para cada un dos axentes que participan neste proceso:

Beneficios para o paciente

- Permítelle apropiarse do seu proceso de toma de decisións, a persoa convértese no centro de atención, e así asegúrase que os seus desexos serán respectados.
- Pode expresar as súas dúbidas e preocupacións, axudando a reducir a súa angustia, e diminuíndo a sensación de indefensión e incerteza.
- Favorece a relación e comunicación co persoal sanitario e o respecto entre eles.
- Facilita a comunicación cos seus familiares ou seres queridos.
- Permite liberar aos seus familiares da carga de ter que tomar determinadas decisións, previndo así sensacións de culpa.

Beneficios para a persoa representante

- Permítelle ter máis claros as preferencias e desexos da persoa á que representa.
- Diminúe a súa posible angustia polas decisións que tería que tomar pola persoa á que representa.
- Aumenta a súa empatía coa persoa á que representa.
- Facilita a comunicación co persoal sanitario.
- Ante posibles conflitos coa familia, favorece o seu empoderamento como persoa representante.
- Ve incrementada a súa seguridade xurídica acerca das decisións que sexan tomadas.

Beneficios para os familiares

- Facilita a toma de decisións ante un escenario de incerteza e gran tensión emocional.

- Axuda a previr posibles conflitos cos profesionais ou coa persoa representante.
- Facilita o manexo da angustia, aumentando a súa sensación de alivio.
- Os sentimentos de unión co/a paciente vense incrementados.
- Incrementa a sensación de facer o correcto.
- Facilita o proceso de duelo.

Beneficios para os profesionais sanitarios

- É unha boa práctica clínica.
- Proporciona maior seguridade ética e xurídica antes as accións para desenvolver.
- Favorece a relación e comunicación co seu paciente.
- Proporciona un marco de referencia para a toma de decisións e diminúe a sensación de incerteza sobre o que facer ou non facer.
- Axuda a previr conflitos coa familia ou a persoa representante.
- Diminúe a angustia e posible sensación de culpa.
- Facilita a toma de conciencia e afrontamento da morte.

Beneficios para o centro sanitario

- Contribúe a que o centro poida realizar unha asistencia integral de calidade.
- Axuda a mellorar o clima do equipo asistencial no proceso de toma de decisións.
- Pode mellorar as relacións entre pacientes, familiares, persoas representantes e profesionais e pode axudar a diminuír posibles conflitos legais.

- Proporciona maior seguridade xurídica ao centro e aos seus profesionais.
- Contribúe a mellorar o uso eficiente dos recursos en beneficio da persoa enferma.

6. QUE INCLÚE A PDA: ÁREAS QUE SE DEBEN ABORDAR

Cada persoa, con axuda e asesoramento de profesionais sanitarios, debe decidir que quere incluír exactamente na súa PDA, atendendo a aspectos biográficos, clínicos, sociais ou culturais, e facendo referencia a todos eles nos seguintes ámbitos.

Coñecemento e percepción da situación de enfermidade

Coñecemento sobre a enfermidade, as súas fases e evolución, e as consecuencias a curto, medio e longo prazo, permitindo así expresar todas as súas dúbidas. Así se poderán coñecer as preferencias sanitarias de carácter xeral sobre o tipo de atención sanitaria que queremos recibir cando a persoa enferma xa non poida decidir en temas como: relación entre o grao de deterioración da conciencia e a calidade de vida, nivel de dor aceptable, lugar de preferencia para morrer etc.

Valores e vivencia da persoa

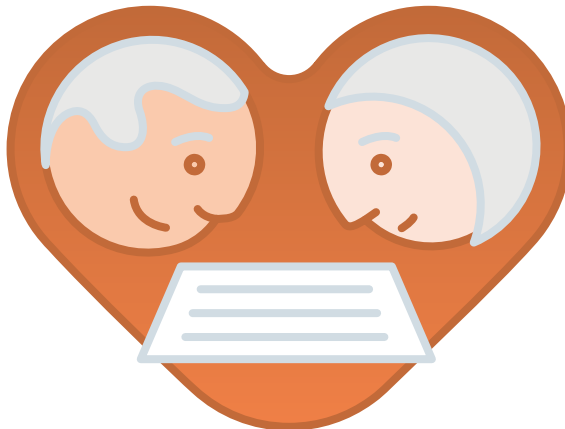
Valores relevantes sobre aspectos da súa enfermidade, sobre o tipo de atención que quere recibir, o afrontamento de fases complicadas, irreversibles ou do final da vida. Trataranse temas relacionados coa calidade de vida, a importancia da comunicación, o tipo de alimentación, a autonomía para as actividades da vida diaria etc.

Decisións concretas

Indicacións sanitarias concretas, expresando preferencia ou desexos, sempre que se axusten ao marco xurídico e á boa práctica clínica en tratamentos concretos e en cada fase determinada. Abórdanse temas como: posible rexeitamento de intervencións, esforzo terapéutico, lugar de atención, doazón de órganos e/o tecidos, servizos relacionados co final da vida ou proceso da morte etc.

Designación dunha persoa representante

Recoméndase nomear unha persoa representante, aínda que non é obrigatorio. Pode ser un familiar ou unha persoa da nosa contorna, próxima e de confianza. Esta figura debe aceptar o compromiso de representar ao outorgante no futuro e actuar como interlocutor cos profesionais sanitarios. Debe existir constancia escrita deste compromiso, ben cun poder notarial ou nun Documento de Vontades Anticipadas (DVA). Esta persoa representante debe incorporarse no proceso de PAD e participar de forma activa, para que no futuro poida actuar ou decidir en nome do seu representado.



7. COMO SE REALIZA A PDA: FASES

A Guía de Planificación Anticipada das Decisións. Guía de Apoio para Profesionais da Consellería de Saúde e Benestar Social da Junta de Andalucía, fala de **10 pasos para PLANIFICAR**:

Prestar atención a todo o que nos conte a persoa.

Listar os seus valores e crenzas (historia de valores).

Aclarar os seus medos, dúbidas, incertezas etc.

Nomear a unha persoa como representante.

Incluír a información na súa Historia de Saúde.

Formular que desexos, preferencias e indicacións ten a persoa para a súa atención sanitaria futura.

Introducir a posibilidade de facer a declaración de VVA e axudar a cumprimentala se a persoa decide realizala.

Comunicar as decisións a todas as persoas implicadas na atención sanitaria da persoa, así como a familiares e representantes.

Avisar á persoa de que as súas necesidades son modificables e que, decida o que decida, sempre terá o apoio do persoal sanitario e proporcionaránselle os cuidados e confort adecuados.

Revisar periodicamente.

Todos os pasos non teñen por que realizarse sempre nin no mesmo orde. Cada proceso de PAD será único e individualizado, e deberá adaptarse ás características de cada paciente e situación.

Débase ter en conta que o proceso de PDA é un **proceso dinámico, que pode desenvolverse en varias fases**:

Fase de preparación. Débense analizar as características da persoa en cuestións como coñecer o seu grao de comprensión da información, a súa capacidade de procesamento da información, o coñecemento da súa situación actual e no futuro, a súa habilidade para comunicar as súas decisións etc. A partir deste coñecemento, valorarase que persoas poden beneficiarse dunha PDA, os profesionais que deberían incorporarse e definir un cronograma de actuación.

Fase de proposta ou abordaxe. A proposta para iniciar o proceso de PDA debe facerse coa maior sensibilidade posible, e sempre atendendo ás súas decisións, para que o afronte de maneira voluntaria e no se sinta obrigado. É importante explicarlle que é a PDA, responder as dúbidas que poida expor e darlle tempo para decidir. Se acepta, inicianse os encontros de diálogo, incluíndo a todos os profesionais sanitarios implicados e a acompañantes/representante. Se non acepta iniciar o proceso, débese rexistrar na súa historia clínica.

Fase de diálogo ou posta en práctica. É recomendable que as entrevistas acordadas para o proceso da PDA sexan exclusivas para avanzar neste tema, e non se inclúan dentro dunha visita médica. Nestas visitas irase avanzando nos coñecementos que o paciente ten sobre a súa enfermidade e como afrontala en función dos seus valores e vivencias.

Fase de revisión e validación. O proceso da PDA sempre debe ser dinámico, suxeito a cambios de opinión da persoa enferma. Por iso é importante que despois de cada entrevista se ratifique o acordado e se revise o rexistro na historia clínica. Ante posibles cambios, sempre prevalecerá o último acordado/ rexistrado.

Fase de rexistro. Cada entrevista debe quedar resumida e rexistrada na historia clínica do paciente. Débese entregar unha copia ao paciente do rexistro do resumo final.

Fase de seguimento e reevaluación. Como o proceso de PDA é continuo e evoluciona coa persoa, nunca se pode dar por terminado, e por iso, en calquera momento a PDA pode ser revisada ou reevaluada ante cambios importantes ou unha nova situación da persoa enferma. Esta revisión pode solicitala a propia persoa enferma ou algún dos profesionais implicados no proceso.

8. REXISTRO DA PDA: HISTORIAL CLÍNICO

Para que un proceso de PDA sexa completo debe ser:

- **REXISTRADA na Historia de Saúde do paciente.**
- **REVISADA periodicamente**, principalmente cando haxa un cambio substancial e vital na saúde da persoa enferma.
- **COMUNICADA** a todas as persoas implicadas na atención sanitaria do paciente, aos seus familiares e ás persoas representantes (sempre co permiso previo do paciente).

Ademais, a PDA pode quedar recollida no documento de Instrucións Previas ou Documento de Vontades anticipadas, xa que a PDA e o DVA perseguen un mesmo obxectivo final: garantir o máximo respecto dos valores da persoa cando non teña a capacidade conservada para tomar decisións sobre a súa saúde. Por tanto, podemos dicir que a redacción da Planificación de decisións anticipadas e a redacción dun Documento de vontades anticipadas son totalmente complementarios.



Fuentes

- Guía de Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para profesionales - Junta de Andalucía (juntadeandalucia.es)
- Guía de Atención Domiciliaria de Semfyc – Planificación de decisiones anticipadas. Tabla 1. Diferencias entre voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas
- Model català de planificació de decisions anticipades Document conceptual model_pda_definitiu_v7.pdf (salutsantjoanycymap.org)



Más información:
ceafa.es/red-de-agentes



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER

