

## PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN y Voluntades anticipadas

### Dr. Iñaki Saralegui Reta

Doctor en Medicina. Médico especialista en Medicina Intensiva.

Experto Universitario en Bioética.

Master en Cuidados Paliativos.

Unidad de Medicina Paliativa, presidente del comité de Ética Asistencial, Organización Sanitaria Integrada (OSI) Araba. Osakidetza.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

La **planificación compartida de la atención (PCA)**, de acuerdo con la definición propuesta por el Grupo de Trabajo Español de PCA, «*es un proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación al contexto actual y los retos futuros de atención, como aquellos momentos en que la persona no sea competente para decidir*».

La denominación PCA es fruto de la evolución de los términos y prácticas que han evolucionado del *living will*, o testamento vital, a las *advance directives* (documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas) y *advance care planning*, o planificación anticipada de cuidados y tratamientos<sup>1</sup>. El Grupo de Trabajo propone «planificación compartida de la atención» (*shared care planning*) como denominación más adecuada, porque refleja con más exactitud los tres ámbitos del proceso:

- El desarrollo de un plan de atención.
- La deliberación compartida entre los implicados en el proceso de enfermedad: paciente, familia y profesionales.
- La visión integral de la atención más allá del ámbito puramente sanitario.

La PCA se refiere al proceso de toma de decisiones anticipadas de una persona competente y adecuadamente informada, facilitado por los profesionales del equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en

posibles escenarios clínicos futuros sobre los que la persona enferma expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir por sí misma.

Esta planificación puede incluir la designación de algún representante, así como la elaboración y registro de un documento que refleje los valores y preferencias de tratamiento. Todo ello debiera reflejarse en la historia clínica del paciente para que pueda ser consultado por los profesionales implicados en el proceso asistencial.

## 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

---

Al contrario de lo que sucede en otros países, en España la PCA se ha centrado casi exclusivamente en la elaboración y registro de documentos. Se ha olvidado que lo más relevante es la reflexión personal y la elaboración compartida de un plan de atención para mejorar la toma de decisiones, especialmente para la etapa final de la vida en la que la persona enferma puede perder su capacidad de comprender la información y expresar su decisión de aceptación o rechazo de procedimientos y tratamientos<sup>2</sup>.

Aunque la PCA puede ser beneficiosa para cualquier persona, está especialmente recomendada para aquéllas que padecen una enfermedad crónica avanzada, en cuyo proceso se puede prever la evolución y la aparición de complicaciones<sup>3</sup>. Tanto las sociedades científicas como las asociaciones de pacientes aconsejan el establecimiento de espacios de comunicación con las personas que sufren patologías crónicas para conocer sus preocupaciones, sus valores y preferencias, el impacto de la enfermedad en su calidad de vida y el soporte familiar y relacional con el que cuentan. Con ello se pueden establecer unos objetivos de cuidados y tratamientos más adecuados a las necesidades y vivencias personales, además de procurar una toma de decisiones compartida, involucrando no solo al paciente, sino también a sus familiares.

Otros ámbitos de especial interés para realizar una PCA son los referidos a las personas mayores y a pacientes que pudieran encontrarse en la última etapa de su vida.

Este modo de actuar, centrado en la persona, no es muy habitual en nuestro entorno por distintas razones, entre las que podemos destacar:

- La escasa formación de los profesionales sanitarios en PCA, incluyendo habilidades de comunicación y el afrontamiento de los aspectos emocionales.
- La falta de tiempo necesario para realizar las entrevistas en profundidad debido a la sobrecarga asistencial.
- La escasez de programas específicos sobre PCA integrados en la ruta asistencial o vía clínica de personas con enfermedades crónicas.

- La percepción de los profesionales de que la PCA solo se refiere al proceso de morir y, por lo tanto, hablar de ello puede perjudicar emocionalmente a las personas enfermas.
- La excesiva —y en ocasiones desconocida— burocracia asociada a la elaboración, registro y consulta de los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas.

Teniendo en cuenta las dificultades que plantea la implementación de la PCA en la práctica cotidiana, es necesario resaltar las ventajas que ofrece:

- Promueve la calidad de la relación asistencial.
- Ayuda a establecer los objetivos del cuidado y tratamiento.
- Aumenta la participación de la persona y su familia en la toma de decisiones.
- Disminuye el número de tratamientos no deseados, incluyendo ingresos hospitalarios, y reduce costes sociosanitarios sin comprometer la eficacia y calidad de los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de la ciudadanía con el sistema sanitario.
- Fomenta la toma de decisiones sanitarias en el final de la vida, generando una mayor conciencia social sobre la importancia de abordar el morir como parte de la vida.
- Facilita el proceso de duelo familiar tras el fallecimiento del paciente.

La PCA puede encuadrarse en el catálogo de derechos de los pacientes y deberes de los profesionales. Es evidente que para que un paciente pueda ejercer su derecho a participar en la toma de decisiones tiene que existir un proceso previo de información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento.

### 3. RECOMENDACIONES

---

Para poder llevar a cabo una adecuada PCA, los profesionales sanitarios y del ámbito sociosanitario debieran poder ofrecer espacios de encuentro apropiados para conversar sobre la elaboración de un plan conjunto de cuidados y tratamientos. No se trata únicamente de comunicar una decisión o de aconsejar, en el mejor de los casos, sino de acompañar y capacitar a la persona enferma y su familia para participar en el diseño de su propio plan de atención.

La PCA para pacientes crónicos puede realizarse de la siguiente manera:

1. Invitación por parte del profesional a una persona para mantener una conversación acerca de sus preferencias en caso de presentar una enfermedad y no poder tomar decisiones. Las personas a las que más les puede beneficiar la participación en una PCA son los enfermos crónicos, las personas mayores (> 75 años) y aquellas que pudieran estar en el final de su vida. Habitualmente son los usuarios (pacientes o no), más que los profesionales, los que solicitan ayuda para elaborar un plan de cuidados,

por conocimiento a través de los medios de comunicación, familiares o amigos que ya han participado en una PCA.

2. Entrevista semiestructurada para conocer los valores de la persona, aquello que es más importante para ella en este momento y en un posible escenario de final de la vida.
3. Hablar acerca de sus experiencias de enfermedad o cuidado de otras personas de su entorno. En el caso de los pacientes crónicos es necesario hablar de su percepción de la calidad de vida, de cómo se imagina el paciente a sí mismo en un período de tiempo, qué pérdidas ha afrontado y qué tipo de merma en su calidad de vida sería inaceptable para ella/él.
4. Plantear escenarios de enfermedad y de complicaciones derivadas de la patología que presenta para conocer de esta manera sus preferencias sobre los cuidados y tratamientos.
5. Invitar al paciente a designar a persona/s de su confianza para que ejerzan como representante/s. Serán las personas que, ejerciendo como interlocutores válidos, ayudarán a los profesionales a tomar decisiones, respetando los deseos y preferencias del enfermo al que representan.
6. Mantener una conversación con el paciente y su/s representante/s para repasar los valores y preferencias del paciente, aclarar los objetivos de la PCA y del papel de cada interviniente en el proceso.
7. Elaborar un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas que refleje los valores y preferencias del paciente, sus elecciones en ciertos escenarios de enfermedad y la designación de su/s representante/s.
8. Reflejar el resumen de las conversaciones en la historia clínica y registrar el documento (según la normativa de cada comunidad autónoma).



Fases de la PCA

La propuesta se basa en mantener al menos dos conversaciones en profundidad con el paciente y las personas de su entorno para clarificar los valores y preferencias de la persona enferma y las dudas o

preocupaciones de sus familiares. En el caso de los profesionales que mantienen una relación profesional estable con el enfermo y su entorno, el contenido de la PCA puede ser trabajado a medida que vaya evolucionando la enfermedad y, por lo tanto, no es necesario estructurar la PCA de una forma rígida en dos entrevistas semiestructuradas. Sí es recomendable que se fomente la participación en las conversaciones de la/s persona/s designadas como representantes del enfermo.

En este sentido, a tenor de la experiencia en nuestro país, los enfermos suelen designar a una o dos personas como representantes, y en la mayoría de los casos son familiares del paciente. Es importante que los representantes comprendan los motivos que sustentan las decisiones o preferencias y se comprometan a respetarlas, ayudando de esta manera a tomar las decisiones más prudentes y adecuadas a los valores de la persona a la que representan.

Para fomentar la integración de la PCA en los planes de atención coordinada a personas con enfermedad crónica avanzada, los esfuerzos debieran centrarse en los siguientes aspectos<sup>4</sup>:

- La divulgación de programas comunitarios —incluyendo a las asociaciones de pacientes— que expliquen la conveniencia de elaborar un plan personalizado de cuidados y tratamientos.
- La formación específica de profesionales de la salud y del ámbito sociosanitario para que puedan facilitar la elaboración, registro y consulta de dichos planes.
- La evaluación del impacto de la PCA en la toma de decisiones y en la calidad de la atención en el final de la vida.

#### **4.- PROYECTO TOP-DOWN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS – OSAKIDETZA-GOBIERNO VASCO.-**

El programa para fomentar las Voluntades Anticipadas (VA) que nació como un proyecto *Bottom Up* en dos centros de salud de Vitoria-Gasteiz en 2014, ampliado posteriormente a toda la OSI Araba y que fue distinguido como Buena Práctica en el área de Cuidados Paliativos por el Sistema Nacional de Salud (convocatoria 2015), fue considerado como *Top Down* en 2017 y por ello desde finales de mayo se ha extendido al resto de Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza.

El modo sugerido para ampliar el proyecto fue la elección de dos Centros de Salud y una Residencia para personas mayores -vinculada a dichos centros- por cada OSI participante. Se propuso una primera fase de difusión del proyecto y formación de los profesionales sanitarios y sociosanitarios en VA, seguida de la difusión comunitaria y el inicio de entrevistas individuales con pacientes y usuarios.

#### **Objetivos Principales.-**

1. **Informar a los ciudadanos** sobre la Planificación Compartida de la Atención y Voluntades Anticipadas. Integrar a la comunidad en la elaboración de planes de tratamiento.
2. **Formar a los profesionales sanitarios** en VA, mediante:
  - a. Charlas teóricas y cursos específicos de formación de facilitadores.
  - b. Formación por pares: participación en las entrevistas con pacientes, coordinadas por un facilitador.

### **Objetivos Secundarios**

- Adecuar los cuidados al final de la vida a las necesidades y preferencias de los pacientes.
- Impulsar la coordinación de cuidados y tratamientos entre Atención Primaria y el ámbito hospitalario.

### **Metodología**

La participación en el proyecto se realiza:

1. Por invitación del personal sanitario a los pacientes/usuarios: fundamentalmente a pacientes crónicos, personas mayores de 75 años o en la etapa final de su vida.
2. Por solicitud de los pacientes o usuarios. Conocen la posibilidad de realizar una PCA a través de los carteles colocados en los centros sanitarios o residenciales, de las charlas de divulgación comunitaria, por los medios de comunicación o bien a por conocer a otras personas que ya han participado.

Tras la invitación o solicitud del participante, se entrega un documento para ser fomentado la reflexión en familia (documento REFLEXIONE, Anexo I) para ser leído en casa, con su familia, y promover la reflexión sobre cuestiones como calidad de vida, enfermedad, dependencia, proceso de morir, etc.

Posteriormente se cita al participante (y su familia si lo desea) para mantener una conversación en la consulta (o en el domicilio en las personas con dificultades para desplazarse) y se conversa sobre la reflexión provocada por el documento, experiencias de cuidado, enfermedad o fallecimiento de personas cercanas, final de vida, etc. Se explica el fundamento de la PCA y las ventajas de elaborar y registrar un documento de Voluntades Anticipadas.

Si el paciente desea continuar el proceso, se le cita para un segundo encuentro en el que debe acudir con la/s persona/s escogidas como representantes. Se repasa lo comentado en la conversación previa y se elabora un DVA personalizado, basado en los valores y preferencias de cada paciente. Se formaliza mediante tres testigos (habitualmente el personal sanitario) y se envía el DVA al Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, entregando copias para el titular y su/s representante/s.

Hasta la fecha, miles de ciudadanos han participado en sesiones comunitarias o grupales y en entrevistas individuales con los profesionales encargados de su cuidado. La evaluación rigurosa del proyecto deberá realizarse en los próximos años para conocer si se ha provocado mejorar la conciencia social sobre la

enfermedad y el cuidado, además de analizar si el proceso de PCA basado en la reflexión y las conversaciones ha servido para mejorar la toma de decisiones, sobre todo en la fase final de la vida de las personas enfermas.

## 5. CONCLUSIONES

---

La PCA entendida como un proceso relacional, de ayuda, basado en la deliberación y el diálogo, y no centrado en la simple elaboración de documentos, es una práctica que se ha demostrado eficaz para mejorar la calidad de la atención de las personas con enfermedad crónica avanzada<sup>5</sup>. Mejora la comprensión de la enfermedad por parte del paciente, clarifica los objetivos de tratamiento para el enfermo y sus familiares, facilita la toma de decisiones, aumenta la satisfacción con el trato recibido y mejora el proceso de duelo.

## Bibliografía

---

1. Altisent R, Júdez J. El reto de la planificación anticipada de la atención al final de la vida en España. *Medicina Paliativa*. 2016;23(4):163-4.
2. Saralegui I, Arrausi A, García Uriarte O, Montoya EYM, Robledo C, et al. La suspensión de la Diálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Avanzada: ¿Qué opinan los enfermos? *Enferm Nefrol*. 2014;2:10.
3. Carrero Planes V, Navarro Sanz R, Serrano Font M. Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. *Medicina Paliativa*. 2016;23(1): 32-41.
4. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-32.
5. Lasmarías C. La planificación de decisiones anticipadas: hacia una cultura asistencial del siglo XXI. *Health, Aging & End of Life Care*. 2017;2(1):127-37.

# Piense, reflexione...

Sobre sus valores y preferencias

Cómo imagina su salud en el futuro

Qué cuidados le gustaría recibir

Las **Planificación Compartida de la Atención** ayuda a conocer los valores y preferencias de las personas -pacientes y usuarios- y así respetarlas en el caso de que no sean capaces de expresarse por sí mismas.

Hable con sus familiares o seres queridos sobre ello. Hable con su médico y enfermera, le ayudarán a conocer el proceso y, si le parece oportuno, a redactar y registrar un **Documento de Voluntades Anticipadas**.

## Piense acerca de su Calidad de Vida

¿Qué cosas son importantes para usted?      ¿Qué es lo que tiene más valor?

---

¿Con qué disfruta?    ¿Qué cosas hacen que su vida merezca la pena?

---

Para usted, ¿Qué significa CALIDAD de VIDA?

---

¿Qué es lo que más echaría de menos si no pudiera hacerlo? caminar, hablar, comer, pensar, etc

---

## Salud y Cuidados Sanitarios

¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud?

---

¿Cómo le afecta a su vida diaria?

---

¿Cómo cree que puede evolucionar su enfermedad (si la tiene) o su estado de salud?

---

¿Cómo se imagina a usted mismo dentro de cinco o diez años?

---

## Información y Toma de Decisiones

¿Cuánto quiere saber acerca de cómo se prevé la evolución de su enfermedad o estado de salud en el futuro?

---

¿Participa en la toma de decisiones que afectan a su salud?

---

¿Quiere que sus familiares o seres queridos participen en la toma de decisiones si usted no pudiera hacerlo?

---

Si no fuera capaz de hablar o expresarse, ¿Quién quiere que hable por usted?

---

A esas personas ¿Les ha dicho usted lo que prefiere?

---

## Piense sobre el Final de la Vida

Piense en algún familiar o conocido que haya acompañado o cuidado, esté muy enfermo o haya fallecido. En su opinión, la atención que recibió fue:

Aspectos Positivos

---

Aspectos Negativos

---

¿Usted prefiere vivir cuanto más tiempo mejor o para usted es más importante la calidad de vida que la cantidad de años vividos?

---

¿Qué tipo de tratamientos y cuidados quisiera recibir?

---

¿Cuáles prefiere que no se apliquen?

---

¿Ha pensado en alguna situación en la que prefiera que no se aplique algún tipo de tratamiento y sólo se administren aquéllos que le alivien el dolor o sufrimiento?

---

Si usted se encontrase en la última etapa de su vida...

- No quiero saber si me queda poco de vida
- 
- 
- 
- Quiero saber cuánto me queda y con qué calidad de vida

¿Tiene usted alguna creencia religiosa o valor cultural que quiere que se tenga en cuenta cuando se encuentre en el final de su vida?

---

Si piensa sobre la muerte, ¿qué cosas le preocupan?

---

Si estuviese en la última etapa de su vida, ¿Necesitaría hacer o comunicar algo antes de morir?

---

¿Dónde preferiría ser atendido en las últimas semanas días de su vida?

---

¿Le gustaría ser donante de órganos y/o tejidos si fuera posible?

SÍ

NO

¿Quiere que se sepan sus preferencias acerca de otros aspectos tras el fallecimiento? (funeral, asistencia religiosa, entierro o incineración, etc)

---



Comité de ética asistencial

Organización Sanitaria Integrada (OSI) ARABA

# Planificación Compartida de la Atención

## Voluntades Anticipadas

Dr. Iñaki Saralegui

OSI Araba

[inaki.saraleguireta@osakidetza.eus](mailto:inaki.saraleguireta@osakidetza.eus)



Osakidetza

ARABA ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA  
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD



# Términos

- Fase prelegislativa:
  - ✓ Testamento Vital
- Fase Legislativa-Clínica:
  - ✓ Voluntades anticipadas
  - ✓ Instrucciones previas
  - ✓ Directrices o directivas previas o anticipadas
- Fase inicial de Sistemas
  - ✓ Planificación anticipada de las decisiones sanitarias
- Fase de sistemas integrales orientados a decisiones futuras
  - ✓ Planificación anticipada de la asistencia sanitaria
- Fase sistemas integrales orientados a habilidades relacionales
  - ✓ **Planificación Compartida de la Atención (PCA)**

# Fundamento ético

- Respetar la **autonomía del paciente**
- Preservar ese derecho en situaciones de incompetencia



# Planificación Compartida de la Atención

**Fomentar**  
Conversaciones

**Conocer**  
valores, opciones,  
temores

**Identificar**  
preferencias

**Rechazo**  
de Tratamientos

**Nombrar**  
Representante/s

**Documentar**  
Historia clínica  
Voluntades Anticipadas

**Comunicarlo**

**Reevaluar**

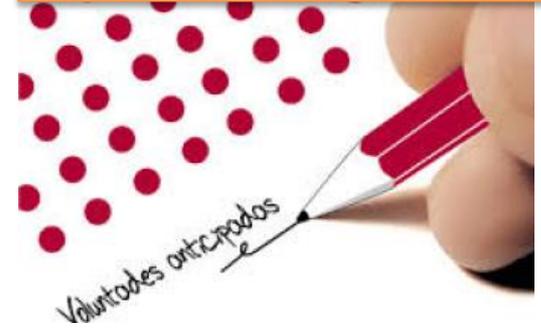
## Valores y Preferencias



## Asesoramiento Profesional



## Documento de Voluntades Anticipadas



## Escenarios Enfermedad

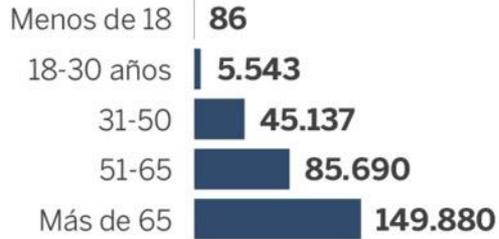


# 286.336

## testamentos vitales en España

en 1 de abril de 2019

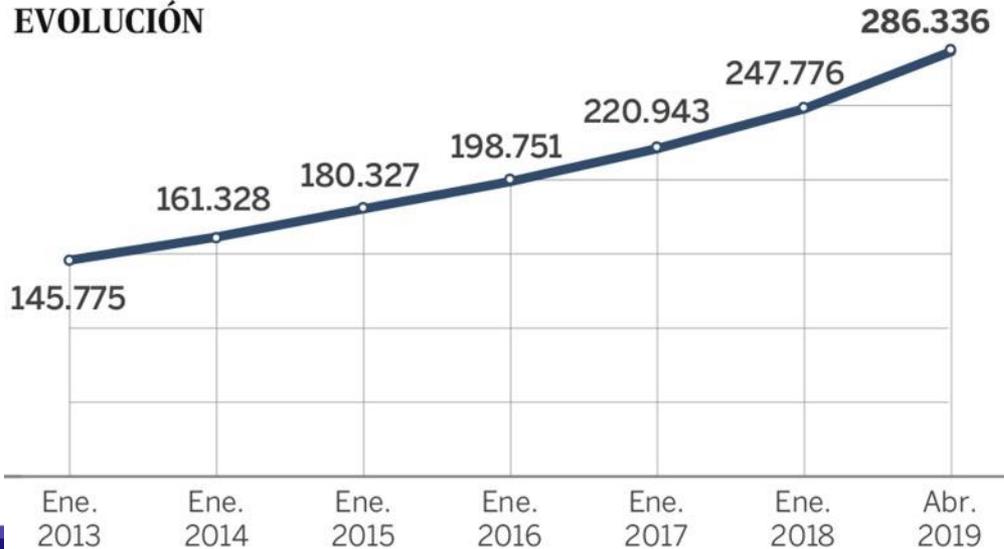
### POR EDAD



### POR SEXO

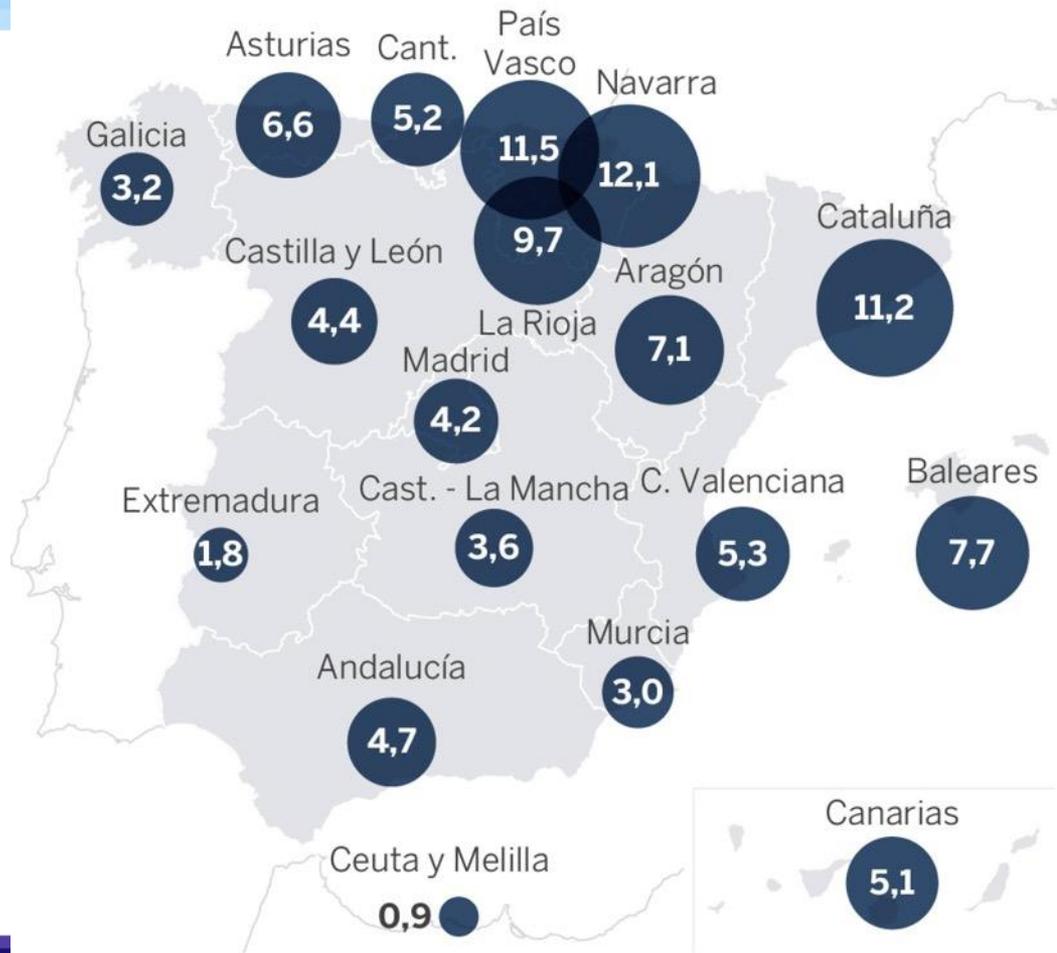


### EVOLUCIÓN



# TASA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

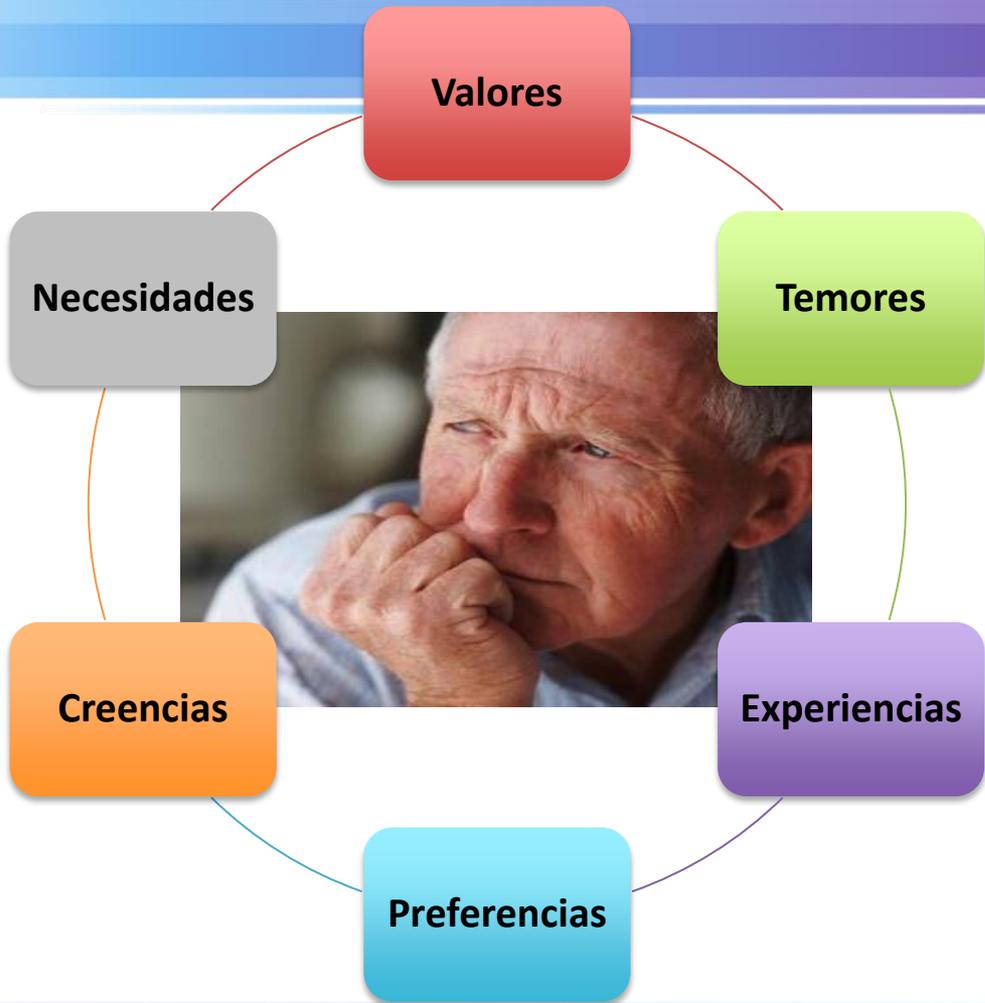
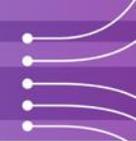
Declarantes por cada 1.000 habitantes



# ¿Qué es lo importante?

...pero no se evalúa

- **Cuántas personas han reflexionado**, conversado con su familia, con su médico y enfermera, sobre el final de la vida.
- **Cómo y dónde han sido atendidas en los últimos meses de vida** las personas que han expresado sus preferencias e incluso han redactado un DVA.





**Autonomía**

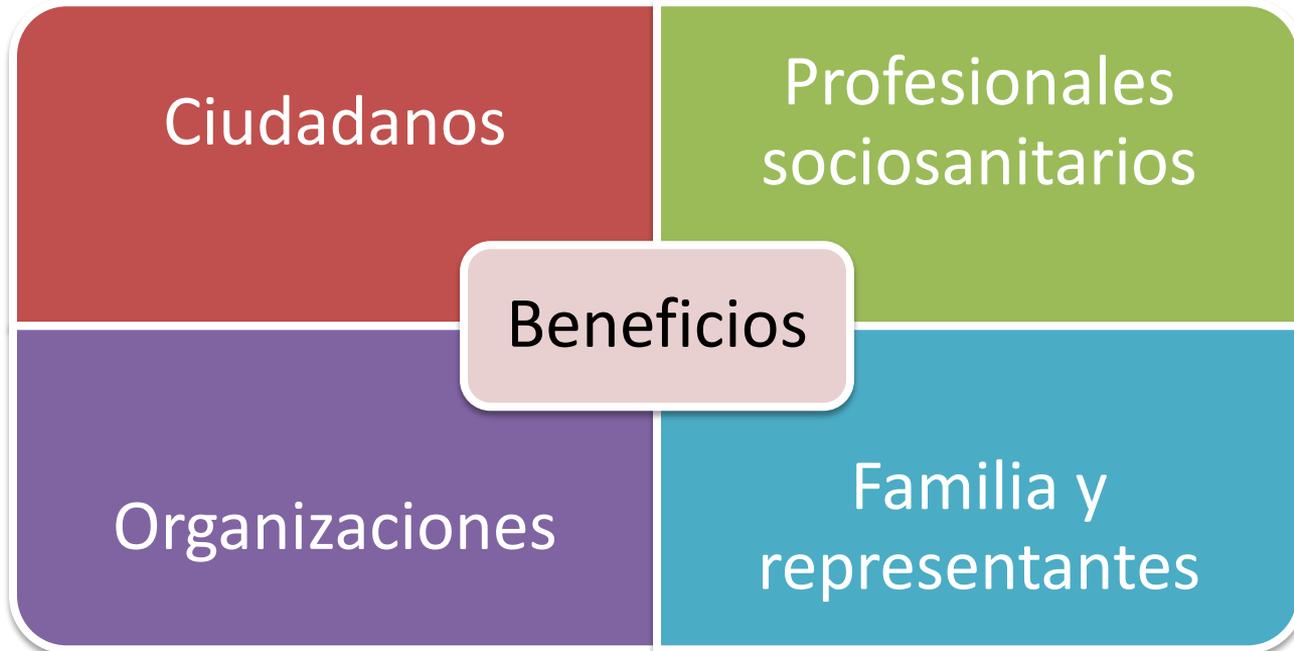
**Confianza**



# Es un proceso evolutivo



# Beneficios de la PCA



## Ciudadanos

### Beneficios



- Conocemos sus valores y preferencias
- Aumenta su participación en la toma de decisiones
- Mejora el conocimiento de la propia enfermedad
- Aumenta el uso de Cuidados Paliativos
- Reduce el número de pruebas inútiles y tratamientos no deseados
- Aumenta la probabilidad de morir en el lugar preferido
- Aumenta la satisfacción con el trato recibido

## Profesionales Sociosanitarios

### Beneficios



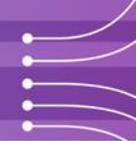
- Mejora la relación asistencial con el paciente y la familia
- **Cuidado basado en la persona**
- Identifica representantes
- **Ayuda a tomar decisiones**
- Disminuye el desgaste profesional
- **Humaniza la profesión**
- Aporta seguridad ética y legal

Beneficios



Familia y  
representantes

- Mejora el conocimiento de la enfermedad
- Ayuda al representante a conocer mejor su función
- Disminuye la carga de la decisión
- Alivia el proceso de duelo
- Aumenta la satisfacción con el trato recibido

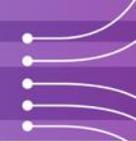


Beneficios

Organizaciones

- Reduce las hospitalizaciones innecesarias y/o no deseadas
- Disminuye las pruebas inútiles y tratamientos no deseados
- Mejora la satisfacción de los usuarios
- Reduce el gasto económico en el final de la vida sin aumentar la mortalidad





# Dificultades



## Profesionales Sanitarios



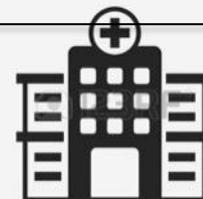
## Pacientes



## Familias



## Instituciones



## Profesionales Sanitarios



**Tiempo**

**Formación**

**Prioridades**

**Ya sé...**

**Desacuerdos**

**Entristecer**

**Humanidad**

**Delegación**

## Pacientes



## Familias



## Instituciones



## Profesionales Sanitarios



**Tiempo**

**Formación**

**Prioridades**

**Ya sé...**

**Desacuerdos**

**Entristecer**

**Humanidad**

**Delegación**

## Pacientes



**Negación**

**Miedo**

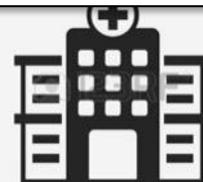
**Cultura**

**Desconocen**

## Familias



## Instituciones



## Profesionales Sanitarios



**Tiempo**

**Formación**

**Prioridades**

**Ya sé...**

**Desacuerdos**

**Entristecer**

**Humanidad**

**Delegación**

## Pacientes



**Negación**

**Miedo**

**Cultura**

**Desconocen**

## Familias



**Evitación**

**Protección**

**Desconocen**

## Instituciones



## Profesionales Sanitarios



**Tiempo**

**Formación**

**Prioridades**

**Ya sé...**

**Desacuerdos**

**Entristecer**

**Humanidad**

**Delegación**

## Pacientes



**Negación**

**Miedo**

**Cultura**

**Desconocen**

## Familias



**Evitación**

**Protección**

**Desconocen**

## Instituciones



**Ausencia  
Programas**

**Objetivos**

**Evaluación**

**Prioridades**

**Burocracia  
Consulta**

# Voluntades Anticipadas en Euskadi



- **Promover la reflexión**
- **Facilitar la expresión** de las preferencias, dudas, temores
- **Informar** a los ciudadanos
- **Asesorar** a las Asociaciones de pacientes
- **Formar** a los profesionales socio-sanitarios y cuidadores



- **Informando a los ciudadanos**



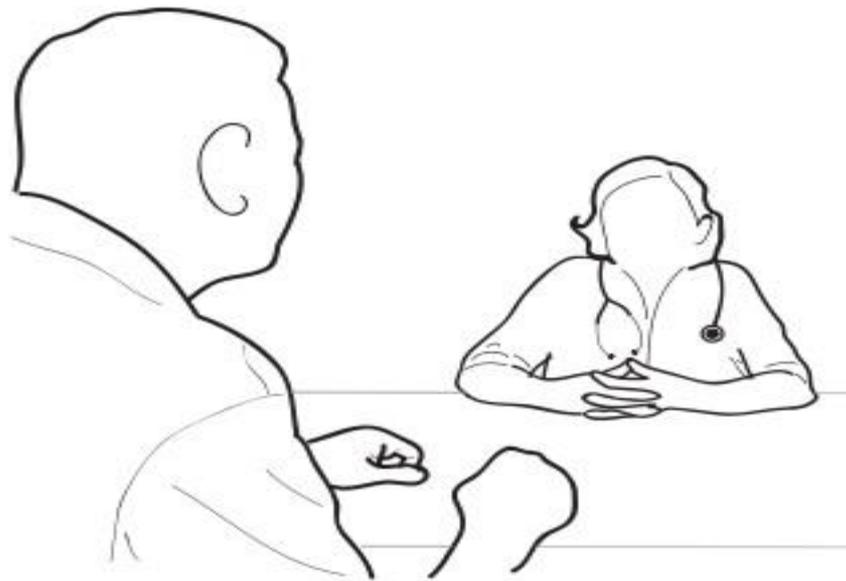
- **Formando a los profesionales sanitarios**

- Sesiones básicas (1 h)
- Cursos para formar facilitadores o referentes (4 h)
- Formación por pares: participación en entrevistas





# ¿ Tienes un plan ?



**Habla con los profesionales que cuidan de ti**



Pacientes Crónicos

Pacientes mayores de 75 años

Pacientes que pudieran fallecer en los próximos 12 meses

Pacientes que hayan solicitado hablar de ello, redactar un documento o revisar uno previo



Pacientes  
Crónicos

Pacientes  
mayores de  
75 años

Pacientes que  
pudieran fallecer  
en los próximos  
12 meses

Pacientes que hayan  
solicitado hablar de  
ello, redactar un  
documento o revisar  
uno previo



## Piense, reflexione...

Sobre sus valores y preferencias  
Cómo imagina su salud en el futuro  
Qué cuidados le gustaría recibir

Las **Planificación Compartida de la Atención** ayuda a conocer los valores y preferencias de las personas -pacientes y usuarios- y así respetarlas en el caso de que no sean capaces de expresarse por sí mismas. Hable con sus familiares o seres queridos sobre ello. Hable con su médico y enfermera, le ayudarán a conocer el proceso y, si le parece oportuno, a redactar y registrar un **Documento de Voluntades Anticipadas**.





## Piense, reflexione...

Sobre sus valores y preferencias

Cómo imagina su salud en el futuro

Qué cuidados le gustaría recibir

Las **Planificación Compartida de la Atención** ayuda a conocer los valores y preferencias de las personas -pacientes y usuarios- y así respetarlas en el caso de que no sean capaces de expresarse por sí mismas.

Hable con sus familiares o seres queridos sobre ello. Hable con su médico y enfermera, le ayudarán a conocer el proceso y, si le parece oportuno, a redactar y registrar un **Documento de Voluntades Anticipadas**.





## Piense acerca de su **Calidad de Vida**

¿Qué cosas son importantes para usted?      ¿Qué es lo que tiene más valor?

---

¿Con qué disfruta?    ¿Qué cosas hacen que su vida merezca la pena?

---

Para usted, ¿Qué significa **CALIDAD de VIDA**?

---

¿Qué es lo que más echaría de menos si no pudiera hacerlo? caminar, hablar, comer, pensar, etc

---

## Salud y Cuidados Sanitarios

¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud?

---

¿Cómo le afecta a su vida diaria?

---

¿Cómo cree que puede evolucionar su enfermedad (si la tiene) o su estado de salud?

---

¿Cómo se imagina a usted mismo dentro de cinco o diez años?

---





## Información y Toma de Decisiones

¿Cuánto quiere saber acerca de cómo se prevé la evolución de su enfermedad o estado de salud en el futuro?

- Sólo lo básico
- 
- 
- 
- Todo lo que sea posible

¿Participa en la toma de decisiones que afectan a su salud?

- Prefiero que mi médico y enfermera decidan por mí
- 
- 
- Quiero ser yo el que decida tras recibir la información

¿Quiere que sus familiares o seres queridos participen en la toma de decisiones si usted no pudiera hacerlo?

---

Si no fuera capaz de hablar o expresarse, ¿Quién quiere que hable por usted?

---

A esas personas ¿Les ha dicho usted lo que prefiere?

---





## Piense sobre el **Final de la Vida**

Piense en algún familiar o conocido que haya acompañado o cuidado, esté muy enfermo o haya fallecido. En su opinión, la atención que recibió fue:

**Aspectos Positivos** \_\_\_\_\_

**Aspectos Negativos** \_\_\_\_\_

¿Usted prefiere vivir cuanto más tiempo mejor o para usted es más importante la calidad de vida que la cantidad de años vividos?

\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de tratamientos y cuidados quisiera recibir?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles prefiere que no se apliquen?

\_\_\_\_\_

¿Ha pensado en alguna situación en la que prefiera que no se aplique algún tipo de tratamiento y sólo se administren aquéllos que le alivien el dolor o sufrimiento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Pacientes Crónicos

Pacientes mayores de 75 años

Pacientes que pudieran fallecer en los próximos 12 meses

Pacientes que hayan solicitado hablar de ello, redactar un documento o revisar uno previo



! Piense, reflexione...!

! Cómo imagine su salud en el futuro!  
! Qué cuidados le gustaría recibir!

Las Voluntades Anticipadas (Testamento Vital) (Instrucciones Previas) ayudan a conocer los deseos de los pacientes y a respetarlos cuando no sean capaces de expresarlos mismos. Hable con su familia o con el personal de enfermería, hable con su médico y enfermera, le ayudarán a conocer el proceso y a redactar un Documento de Voluntades Anticipadas si usted se lo parece oportuno.

Primera Entrevista

Sesión Grupal

Segunda Entrevista



Registro DVA



- No alargar la vida innecesariamente
- Mantener una calidad de vida aceptable
- No ser una carga para mi familia o cuidadores
- No tener dolor o sufrimiento
- Lugar: en mi domicilio, si no es una carga para mis cuidadores



**Miren**, 67 años, casada y con dos hijos

Madre con demencia, vive en una residencia

Sufre por ver a su madre empeorar

La decisión de ingreso en la residencia fue conflictiva

Quiere hablar sobre lo que pueda ocurrir cuando su madre empeore, no pueda comer...pero sus hermanos evitan el tema.

*Quiero dejar las cosas claras para mí y no ser una fuente de problemas para mis hijos*



- Fomentar la **reflexión comunitaria** sobre la vida, la enfermedad y los cuidados
  - Prestigiar el cuidado
  - Apoyar las redes comunitarias y de voluntariado
- Mejorar la **formación** de los profesionales
  - Comunicación
  - Cuidados al final de la vida
  - Integración y continuidad de cuidados
- Promover la **coordinación sociosanitaria**



# EN MI ÚLTIMO AÑO DE VIDA AYÚDAME A VIVIR BIEN HASTA EL FINAL

**DIFÍCIL**  
CUANDO NOS  
CENTRAMOS EN...

**MÁS FÁCIL**  
SI NOS CENTRAMOS EN...



# RESULTADOS A TRAVÉS DE RELACIONES

