



CARTAS AL DIRECTOR

Planificación compartida de la atención: la COVID-19, ¿una oportunidad?

Cristina Lasmarías Martínez^{1*}, Tayra Velasco Sanz², Virginia Carrero Planes³, Nani Granero-Moya⁴, en nombre de la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención*

¹Departament de Persones, Institut Català d'Oncologia/Grup de Recerca Catalunya Central (C3RG), UVIC-UCC, Barcelona, España. ²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Departamento de Psicología, Universitat Jaume I, Castellón, España. ⁴Centro de Salud de Baeza, Jaén, España

Recibido el 9 de junio de 2020

Aceptado el 15 de junio de 2020

Lasmarías Martínez C, Velasco Sanz T, Carrero Planes V, Granero-Moya N, en nombre de la AEPCA. Planificación compartida de la atención: la COVID-19, ¿una oportunidad? Med Paliat. 2020;27(3):267-268.

Sr. Director:

Uno de los aspectos evidenciados por esta pandemia es que la planificación compartida de la atención (PCA) es fundamental.

Desde la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA) definimos la PCA como: “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. Promueve la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir”¹.

La crisis de la COVID-19 nos ha confrontado con incertidumbre, sufrimiento, incomunicación y frustración, pero también ha generado la oportunidad de reflexionar sobre cómo integrar la PCA en nuestra práctica diaria. Este proceso posibilita que los pacientes participen de las decisiones que les conciernen², mejora el conocimiento que tienen acerca de su enfermedad, disminuyendo su incertidumbre³, favorece la conciencia que tienen los profesionales de las necesidades de las personas, redundando en la coherencia entre preferencias y tratamientos recibidos, y ayuda a los familiares a decidir en situaciones de gran impacto emocional, facilitando el proceso de duelo posterior⁴. Todo ello permite vislumbrar sus frutos desde tres ámbitos complementarios:

* Las autoras son cuatro de las miembros fundadoras de la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA), una asociación interesada en la difusión y el conocimiento del concepto de planificación compartida de la atención (PCA). Para la elaboración de esta carta ha participado toda la junta de la Asociación, compuesta además por Iñaki Saralegui, Javier Júdez, Julia Fernández, Helena García Llana y Nuria Pérez de Lucas.

*Autor para correspondencia:
Cristina Lasmarías Martínez
Correo electrónico: clasmarias@iconcologia.net

DOI: [10.20986/medpal.2020.1164/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1164/2020)

- **La ciudadanía:** muchas personas han vivido experiencias cercanas a la enfermedad por SARS-CoV-2 y se habrán planteado: “¿y si hubiera sido yo?”. Es un buen momento para promover programas que ayuden a la ciudadanía a responder preguntas como: “¿qué me gustaría que mis seres queridos supieran en caso de enfermarse y no poder comunicarme?”, “¿a quién designaría de mi entorno que velase por respetar mis voluntades?”, “en caso de presentar una enfermedad avanzada, ¿qué tipo de cuidados preferiría?”, “¿bajo qué circunstancias adaptaría mis preferencias en relación con estos cuidados conforme la trayectoria de enfermedad evolucione?”. La PCA podría responder a estas cuestiones.
- **Los profesionales:** para practicar modelos de atención centrada en la persona, es necesaria la PCA. Solo tras haber mantenido conversaciones anticipadas con la persona, explorando preferencias y valores, se podrá tomar la decisión más óptima y coherente con lo que es realmente importante para ella, clarificando objetivos de cuidados y tratamiento⁵. Los profesionales, TODOS, independientemente del ámbito asistencial, somos responsables de conducir la PCA, promoviendo en cualquier fase de la vida.
- **Las organizaciones⁶:** son responsables de actualizar los medios necesarios para llevar a cabo la PCA. ¿Cómo? Con estrategias diversas: planes de salud que incluyan la PCA como indicador de calidad asistencial, formación específica a los profesionales, integración de la PCA para su registro en las historias clínicas, y provisión de tiempo y espacio para aplicarla en un entorno de seguridad y tranquilidad.

La esencia de la planificación es la autonomía relacional, el acompañamiento, la deliberación y el respeto a la dignidad, entendida desde los valores propios de la persona. En momentos como los vividos, defendemos la trascendencia, más que nunca, de explorar ciertos criterios de valor y preferencias de las personas, de indagar en su conocimiento sobre la situación de enfermedad y expectativas, tanto sea

para responder a las mismas como para ajustarlas a objetivos realistas.

Mantener conversaciones facilitadas por profesionales, formados específicamente, ayuda al personal sanitario a tomar decisiones prudentes al servicio de las metas de las personas, que atiendan verdaderamente a sus prioridades biográficas y no solo a las situaciones clínicas⁷, y que eviten las consecuencias, a veces atroces, de la improvisación en situaciones urgentes, o como hemos sufrido, de pandemia. Por todo ello, y como desde AEPCA veníamos diciendo... ¡La PCA es fundamental!

BIBLIOGRAFÍA

1. Saralegui I, Lasmariás C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. En: Monografías SECPAL sobre Cronicidad Avanzada. Madrid: Inspira Network; 2018. p.87-9.
2. 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.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.
3. Thomas K. Overview and introducing to advance care planning. In: *Advance care planning in end of life care.* New York; Oxford University Press; 2011. p. 3-15.
4. Hall A, Rowland C, Grande G. How Should End-of-Life Advance Care Planning Discussions Be Implemented According to Patients and Informal Carers? A Qualitative Review of Reviews. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58(2):311-35. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.04.013.
5. Gracia D. Planificación anticipada de los cuidados: un problema presente, un reto futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(5):240-1. DOI: 10.1016/j.regg.2016.11.006.
6. Lasmariás C, Aradilla-Herrero A, Santaegènia S, Blay C, Delgado S, Ela S, et al. Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliat Support Care.* 2019;17(4):415-24. DOI: 10.1017/S1478951518000561.
7. Hopkins SA, Lovick R, Polak L, Bowers B, Morgan T, Kelly MP, et al. Reassessing advance care planning in the light of covid-19. *BMJ.* 2020;369(May):m1927. DOI: 10.1136/bmj.m1927.