

# ¿Qué es la planificación anticipada de la atención y por qué es importante para los pacientes en diálisis?

Por | Dr. Prayus Tailor, Nephrology Associates

Soy nefrólogo. Hace unos cinco años, mi padre tuvo un paro cardíaco repentino frente a mí. Pude iniciar rápidamente la RCP. Cuando llegó la ambulancia, había recuperado el conocimiento. Vivió otros dos años, pero desafortunadamente se enfermó gravemente después de desarrollar leucemia. Una infección se había apoderado de su cuerpo. Luego estaba en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con múltiples antibióticos y medicamentos para tratar la infección y mantener su presión arterial alta para que sus órganos pudieran continuar recibiendo flujo sanguíneo. Sus riñones empezaron a fallar rápidamente. Recuerdo que el equipo de la UCI me llamó y me dijo que no estaba bien. Reunimos a la familia y fuimos a su habitación del hospital. Al hablar con el médico y nefrólogo de la unidad de cuidados intensivos, mi familia y yo nos quedamos con la difícil decisión de comenzar la diálisis. Como médico, sabía que su pronóstico no era bueno. Como nefrólogo, sabía que la diálisis no arreglaría lo que estaba matando a mi padre. Y sin embargo, incluso con este conocimiento previo, dudé en responder cuando el nefrólogo me preguntó si mi padre, que ya no podía responder por sí mismo, querría continuar con la diálisis. Su condición se estaba deteriorando rápidamente. Le dije al equipo de la UCI que no tomara ninguna medida para salvarle la vida y que le permitiera morir de forma natural. Murió en minutos.

Cuando pienso en los últimos días y momentos de mi padre con nosotros, me pregunto: "¿Por qué no hablamos más con papá sobre lo que querría si no pudiera decírnoslo por sí mismo?" Había tenido dos cirugías de bypass cardíaco en el pasado, pero nunca hablamos de eso. De hecho, traté de

iniciar una conversación con él sobre sus objetivos de atención después de su paro cardíaco, pero no quiso hablarlo. Nunca hizo un testamento ni describió sus deseos de cuidado. No creo que quisiera pensar en su propia muerte. Como médico, me sentí avergonzado de no haber



hablado de estos temas importantes. Como hijo, no era una conversación que yo quisiera tener. No puedo decirte por qué no presioné más para tener estas conversaciones. Sabía que sería muy incómodo. No quería imponer la conversación si él no quería tenerla. Pero sé que la angustia por la que pasamos mi familia y yo en términos de cuán agresivos ser con su cuidado, se habría reducido si mi padre nos hubiera hablado sobre sus deseos de cuidado.

La planificación anticipada de la atención, como se describe en la Guía sobre la toma de decisiones compartida de la Asociación de médicos renales, es un proceso en el que el paciente (su apoderado notarial o apoderado de atención médica) y el médico mantienen una conversación para:



- a. Ayudar al paciente a comprender su condición
- b. Identificar sus metas de cuidado
- c. Prepararse para las decisiones que se deban tomar a medida que la afección progresa con el tiempo

Estas no son conversaciones fáciles de tener, pero muchos pacientes de diálisis se sienten mejor sabiendo que han tenido esta conversación con su familia, médico y / o trabajador social. Al participar en la planificación anticipada de la atención, los pacientes pueden mantener autonomía y control sobre su futuro. Los pacientes tienen la tranquilidad de saber que se han liberado a los miembros de su familia, de tener que tomar decisiones médicas difíciles en su nombre.

Hay diferentes formas en las que un paciente puede dar a conocer sus deseos de atención médica futura. Algunos ejemplos son el detallar sus deseos en forma de una directiva de atención médica avanzada, la designación de un poder notarial de atención médica o el llenado de un formulario de Orden Médica para Tratamiento de Soporte Vital (MOLST). La mayoría de los estados de los Estados Unidos tienen algún tipo de formulario MOLST o similar que el médico y el paciente pueden completar y mantener en un registro para que los deseos del paciente puedan ser

revisados si no pueden comunicarlo por sí mismo al equipo de atención médica. . El MOLST es un formulario médico portátil y duradero, que cubre las opciones de reanimación cardiopulmonar (CPR) así como otros tratamientos de soporte vital. Estas órdenes se basan en los deseos del paciente sobre futuros tratamientos médicos. Tener un formulario MOLST aumentará la probabilidad de que se cumplan los deseos del paciente con respecto a los tratamientos de soporte vital en todo el proceso de atención médica. Por ejemplo, las órdenes se trasladarían de la unidad de diálisis al hospital y viceversa.

Mirando hacia atrás en mi experiencia con la muerte de mi padre, puedo decir que el proceso de decisión habría sido menos difícil si mi padre hubiera tenido estas conversaciones con nosotros y sus médicos con mucha anticipación. Los pacientes de diálisis deben aprovechar la oportunidad para hablar con los médicos sobre las expectativas de vida y calidad de vida, y hablar con la familia sobre lo que querrían y no querrían que se hiciera si ya no pudieran decidir por sí mismos.

Puedes encontrar más información sobre las directivas anticipadas para pacientes de diálisis en línea en el sitio web de la Coalición para el cuidado de apoyo del paciente renal ([www.kidneysupportivecare.org](http://www.kidneysupportivecare.org)).