

# GUIA PER LA PLANIFICACIÓ ANTICIPADA DE DECISIONS (PAD) al CSS ALBADA



CSS ALBADA

C.S.P.T

20/12/2010

## GUIA PER LA PLANIFICACIÓ ANTICIPADA DE DECISIONS (PAD) al CSS ALBADA

### Data de redacció del document

Desembre 2010

Data prevista de la propera revisió de la guia: 2014.

### Paraules clau:

Planificació anticipada, voluntats anticipades, capacitat, bioètica, presa de decisions.

### Coordinador de la guia:

Germán Diestre Ortín. Metge consultor. CSS Albada. CSPT Sabadell.

[gdiestre@tauli.cat](mailto:gdiestre@tauli.cat)

### Membres de l'equip d'elaboració de la guia:

Mercè Bertrana de Bustos (Infermera CSS Albada); Raquel García Lozano (Infermera CSS Albada ); Rosa M<sup>a</sup> García Domínguez (Trebballadora Social CSS Albada ); Vanessa González Sequero (Infermera CSS Albada); Montserrat Guirao Genè (Infermera CSS Albada ); Marta Martínez Hernández (Auxiliar Clínica CSS Albada ); Carme Nogueras Rimblas (Metgessa Adjunta CSS Albada ) i Paqui Serrano Rodríguez (Auxiliar Clínica CSS Albada ).

### Revisors del CSS Albada

Raquel Alonso (infermera); Esperanza Antón (metgessa); Ricard Comet (metge); Núria Duaso (psicòloga); Sebastián Gallardo (metge) ; Isidre Grimau (metge); Dolors Tomás (infermera).

### Revisors de la CSPT:

Francisco Baigorri (metge); Comitè d'Ètica Assistencial; Pilar Cores (infermera); Francisca Cuadras (infermera); Concepción Hernández (infermera); Pablo Hernando (psicòleg); M Luisa Iglesias (metgessa); M Jesús Merino (infermera); Elena Polo (infermera); Ester Ponz (metgessa); Carme Quiñoa (infermera); Angel Rodríguez (metge); Carme Royo (infermera).

### Revisors externs a la CSPT:

Salvador Armengol (metge-CEA Hospital de Granollers); J Maria Busquets (metge-Comitè Bioètica de Catalunya); Montserrat Busquets (infermera-Col·legi Infermeria Barcelona); Pilar Loncan (metgessa-CEA Valles Oriental Central); Màrius Morlans (metge-President del Comitè de Deontologia del COMB i membre del CBC); Salvador Quintana (metge-CEA H. Mutua de Terrassa).

## Índex de la guia:

1. RESUM.....	4
2. JUSTIFICACIÓ .....	4
3. DEFINICIONS BÀSIQUES.....	5
4. OBJECTIU D’AQUESTA GUIA .....	6
5. A QUI PROPOSAR UNA PAD?.....	7
6. QUI HA DE PROPOSAR I RESPONSABILITZAR-SE DE LA PAD? .....	7
7. REQUISITS PER INICIAR I MANTENIR LA PAD.....	7
8. ETAPES DE LA PAD .....	8
9. LA PAD EN PACIENTS NO CAPAÇOS. ....	9
10. APLICACIÓ DE LA PAD SEGONS LES UNITATS .....	11
11. DOCUMENTACIÓ PER REGISTRAR LA PAD .....	12
12. LA PAD MÉS ENLLÀ DEL CSS ALBADA.....	15
13. LA PAD I ELS DOCUMENTS DE VOLUNTATS ANTICIPADES .....	15
14. AVALUACIÓ I REVISIÓ DE LA GUIA .....	15
15. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	16
ANNEX I. ALGORISME. ....	18
ANNEX II. FULL DE REGISTRE DE LA PAD. ....	18

## 1. Resum

Aquesta guia té com objectiu afavorir la implementació de la Planificació Anticipada de les Decisions (PAD) al CSS Albada, com mètode per garantir l'atenció òptima al final de la vida de les persones.

Permet conèixer amb antelació les seves preferències i establir una relació terapèutica que facilitarà amb escreix la presa de decisions, sovint difícils en els moments previs a la mort d'una persona, encara més quan aquesta no es capaç.

Les persones malaltes poden participar en el procés assistencial de forma activa segons els seus valors i les famílies i els representants poden disposar del temps i de la informació suficients que els-hi alleugereixi la càrrega que suposa prendre decisions difícils en nom de persones sense la capacitat suficient per expressar per si mateixes el consentiment informat.

La proposta de PAD pot venir directament dels professionals i/o dels propis pacients o els seus representants, en cas de persones sense la capacitat suficient.

Poden gaudir de la PAD totes les persones que ho desitgin, però, òbviament, sobretot aquelles que pateixen malalties avançades i es troben a la fase final de la seva vida.

La guia proposa un mètode d'enregistrament de la informació més rellevant, que pot facilitar la tasca assistencial, i formarà part de la història clínica.

En general, caldrà identificar al pacient, identificar el seu representant més apropiat, conèixer i tenir en compte els seus valors i preferències, intentar determinar les accions previstes segons el diagnòstic i el pronòstic, amb la més gran especificitat possible, i finalment, posar en marxa les accions pertinents segons les necessitats i problemes del pacient (veure algoritme a l'annex I).

## 2. Justificació

La societat actual (en el context de la cultura occidental europea) ha assumit el valor de la llibertat com fonamental pel desenvolupament de les persones. Aquest valor es manifesta de diferents formes (eleccions, participació democràtica, llibertat de ideologia, etc) i també en les relacions sanitàries, mitjançant el consentiment informat, regulat per llei des de fa anys (*Ley General de Sanidad de 1986*) i consolidat amb normes recents (*Ley 41/2002 de 14 de noviembre, bàsica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* i *Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica*).

La presa de decisions sobre la salut és sovint difícil, sobretot en situacions de final de la vida. La patologia crònica i la comorbiditat són progressivament més habituals pels constants avenços de la medicina i les tècniques per perllongar la vida amb mitjans artificials, a banda de les millores en les condicions de vida en general. Aquestes retarden l'arribada de la mort, malgrat que no aconseguen millorar o curar les malalties que encara són irreversibles. A més, el coneixement científic permet, en nombroses ocasions, establir raonablement el pronòstic i l'evolució probable d'una persona malalta, informació necessària per poder prendre decisions per anticipat.

Per tant, de forma general és imprescindible incorporar la participació de les persones malaltes a les decisions sobre la seva salut, també en situacions de final de la vida, bé directament o mitjançant els seus representants (Broggi MA 2004).

Actualment les persones majors d'edat (18 o més anys) poden atorgar un Document de Voluntats Anticipades (DVA), mitjançant el qual poden donar instruccions a tenir en compte quan es trobin en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin d'expressar personalment

la seva voluntat. També poden designar un representant en el mateix DVA (Guia sobre les Voluntats Anticipades de la CSPT, 2008).

Malgrat això, els DVA, quan són considerats només com eines administratives, s'han mostrat insuficients per abordar els problemes assistencials de les persones al final de la vida i amb situació d'incapacitat per prendre decisions rellevants per la seva salut, segons sobretot la experiència dels USA, capdavanters en posar en marxa els DVA (Collins LG 2006).

La Planificació Anticipada de les decisions (PAD), com procés de comunicació entre malalt/família i professionals amb l'establiment d'objectius clars i d'accions específiques al final de la vida, pot millorar clarament l'atenció durant aquesta etapa vital i facilitar la presa de decisions també en persones amb la capacitat prèviament no conservada (Martin DK 1999).

Amb la PAD la persona malalta expressa els seus valors i preferències als professionals assistencials, per tenir-los en compte i acordar objectius assistencials coherents, registrats i ben documentats, que han de permetre adequar les actuacions per aconseguir-los quan aquest ja no es capaç i és troba al final de la seva vida (Barrio-Cantalejo IM, 2004).

El procés de la PAD és un acord lliure entre el pacient i/o el seu representant amb els professionals assistencials responsables, basat en una relació terapèutica on la confiança, la responsabilitat i les competències professionals són les virtuts que tots ells hauran de fer servir.

Aquesta guia d'actuació ha de permetre desenvolupar la PAD com una línia estratègica del CSS Albada i va adreçada als professionals assistencials.

### **3. Definicions bàsiques**

#### **PLANIFICACIO ANTICIPADA DE DECISIONS:**

Resultat del procés de discussió entre el pacient i els professionals, amb la participació de la família i altres persones vinculades a ell (amb el representant en cas de pacient incapaç), per conèixer les seves preferències, establir els objectius assistencials de forma conjunta i facilitar la presa de decisions, en cas que el malalt deixi de ser capaç per prendre-les en un futur. En general seran un conjunt d'accions sempre acordades per deliberació amb el pacient/família/representant, expressades per escrit (o de forma electrònica/digital) i implementades per un equip assistencial quan sigui necessari, habitualment a la fase final de la vida (Couceiro A, 2010).

#### **DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES:**

Consisteix en un document escrit per una persona amb plena capacitat per fer-ho que, lliurement i d'acord amb alguns requisits legals, expressa unes instruccions o orientacions que cal seguir quan es trobi en una situació en la qual les circumstàncies que concorrin no li permetin expressar la seva voluntat. Inclou la possibilitat de designar un representant. A Catalunya està regulat per llei des de l'any 2000 (Comitè Bioètica de Catalunya, 2010).

#### **LIMITACIÓ DE L'ESFORÇ TERAPÈUTIC:**

Retirar (en anglès, withdraw) o no iniciar (en anglès, withhold) mesures terapèutiques perquè el professional sanitari estima que, en la situació concreta del pacient, son inútils o fútils, donat que tan sols aconseguen perllongar-li la vida biològica, però sense la possibilitat de proporcionar-li una recuperació funcional amb una qualitat de vida coherent amb els seus valors i creences. Habitualment vol dir "adequar" el tractament, de forma proporcionada, als objectius vitals que expressa o ha expressat el pacient (Simon P, 2008; Hernando P, 2007).

#### SEDACIÓ PAL·LIATIVA:

En el marc de les cures pal·liatives, l'objectiu de la sedació és l'alleujament del patiment del malalt mitjançant una reducció proporcionada del nivell de consciència. S'entén per sedació pal·liativa l'administració deliberada de fàrmacs, a les dosis i combinacions requerides per reduir la consciència d'un pacient amb malaltia avançada o terminal, tant com sigui necessari per alleujar un o més símptomes refractaris i amb el seu consentiment. La sedació en la agonia és un cas particular de l'anterior, i es defineix com l'administració deliberada de fàrmacs per aconseguir l'alleujament, no assolible amb altres mesures, d'un patiment físic o psicològic, mitjançant la disminució suficientment profunda i previsiblement irreversible de la consciència en un pacient la mort del qual es preveu molt pròxima (Comitè Bioètica de Catalunya, 2010).

#### TRACTAMENT INDICAT:

Tot aquell tractament sanitari reconegut com beneficiós pels propis professionals i els seus organismes de representació (col·legis, societats científiques, etc) segons el coneixement científic actualitzat, per un problema de salut determinat. Per beneficiós entenem que produeix una millora en la persona que el rep, bé de forma integral o en alguna dimensió d'aquesta, i sempre tenint en compte el seu judici autònom o el del seu representant si la persona no és competent.

#### REPRESENTANT:

Aquella persona, vinculada familiarment o no a la persona malalta no competent (o incapaç de fet) que coneix els valors personals d'aquesta i els té en compte per participar en la presa de decisions, o bé, sense conèixer-los, té en compte els millors interessos d'aquesta persona. El millor representant és el designat per la pròpia persona malalta. Parlem de representant "legal" quan ens referim als pares o tutors dels menors, al representant designat en un DVA i al tutor legal anomenat pel jutge quan hi ha una incapacitació amb sentència judicial.

#### 4. Objectiu d'aquesta guia

Implementar la planificació anticipada de forma sistemàtica i formalment documentada de les persones ateses per qualsevol unitat del CSS Albada.

<b>Beneficis de la PAD</b>	<b>Riscos de la PAD</b>
<i>Mantenir fins el final de la vida el respecte pels valors del pacient. Per moltes persones, equival a una vida i una mort amb dignitat.</i>	<i>Confondre PAD amb limitació de l'esforç terapèutic (LET). La LET pot ser un dels resultats de la PAD.</i>
<i>Comptar amb la participació activa del pacient i de la família per prendre decisions (autonomia).</i>	<i>Confondre PAD amb el document de voluntats anticipades regulat per llei (DVA). El DVA pot ser un dels resultats de la PAD.</i>
<i>Afavorir el diàleg entre pacient i família. Permet que el representant utilitzi el judici subjectiu amb més correcció.</i>	<i>L'aplicació de la PAD exigeix també avaluació acurada del pacient. No fer l'avaluació pot dificultar la presa de decisions apropiades.</i>
<i>Afavorir la comunicació entre pacient/família i professionals.</i>	<i>Imposar la PAD en pacients que no la desitgen</i>
<i>Alleugerir l'impacte emocional de la família/representant i ajudar al dol.</i>	
<i>Garantir un procés assistencial coherent amb els objectius de salut del pacient. Ajuda a altres professionals que intervenen en el procés de forma puntual a prendre decisions adequades. Ex: Metges de guàrdia</i>	

Taula 1. Beneficis i riscos de la PAD sistematitzada i documentada.

## 5. A qui proposar una PAD?

Aquesta guia està adreçada als professionals que atenen persones malaltes en qualsevol dispositiu del CSS Albada, sigui d'internament, ambulatori o domiciliari.

En general la proposta de fer una PAD caldria fer-la preferentment a:

1. Persones més grans de 16 anys, en la fase final de la seva vida (pronòstic de supervivència inferior a 1 any) i amb la seva capacitat conservada per prendre decisions sobre la seva salut.
2. A les persones més grans de 16 anys que mostrin interès per mantenir el màxim control de la seva vida fins el final d'aquesta, encara que no estiguin en situació de final de la vida. En aquest cas pot ser apropiat recomanar un DVA.
3. A persones en la fase final de la seva vida (pronòstic de supervivència inferior a 1 any) i amb la seva capacitat disminuïda, que tenen un representant (família, representant legal o altre persona amb vincle afectiu). Veure capítol 7.
4. A persones que, tot i no tenir un pronòstic de supervivència inferior a 1 any, és previsible que desenvolupin un deteriorament cognoscitiu prematur que dificultarà la presa de decisions.

## 6. Qui ha de proposar i responsabilitzar-se de la PAD?

- La proposta d'iniciar una PAD pot venir tant del propi pacient/representant com de l'equip assistencial, el qual ha de afavorir-la sempre que calgui.
- El professional responsable de la PAD serà habitualment el metge assignat al pacient durant el temps que duri l'atenció per la unitat del CSS Albada, i sempre amb la participació activa de l'equip assistencial.
- Tot i l'anterior, és possible que el pacient és trobi més pròxim a altre professional assistencial, en relació a les seves preocupacions, desitjos i preferències. En aquest cas, el pacient té dret a escollir altre professional de l'equip assistencial, diferent al metge responsable, com referent habitual en la PAD. Aquest serà reconegut, per la resta de l'equip com tal referent per les qüestions més rellevants de la PAD.
- Tot l'equip assistencial és responsable de garantir l'aplicació de la PAD prevista.

## 7. Requisits per iniciar i mantenir la PAD

- Acceptació del pacient. Aquest és un requisit IMPRESCINDIBLE.
- Acceptació del representant quan el pacient no sigui capaç. Aquest és un requisit IMPRESCINDIBLE.
- És molt recomanable disposar de la participació i col·laboració activa de la família y/o representant del pacient.
- Establir un marc de confiança amb el pacient, representant, família, basant-se en el coneixement del pacient i de la malaltia.
- És molt recomanable que tot l'equip assistencial mantingui un acord raonable sobre la PAD.
- Cal disposar d'un registre documental a la història clínica de la PAD, amb la extensió que l'equip assistencial consideri convenient.
- Donar importància al temps dedicat per la PAD. Vol dir afavorir una organització assistencial que consideri el temps dedicat com útil i valuós.

## 8. Etapes de la PAD

Les etapes generals previstes per portar a terme la PAD són:

1. Conèixer amb la màxima precisió possible els PROBLEMES DE SALUT de la persona malalta i el pronòstic vital i funcional d'aquesta.
2. Aconseguir el màxim coneixement possible dels VALORS DE LA PERSONA MALALTA (per ell mateix o el seu representant).
3. PROPOSAR I ACORDAR amb la persona malalta les accions considerades més apropiades segons la pròpia valoració de la seva qualitat de vida (determinar allò més beneficiós per la persona malalta, mitjançant un diàleg basat en la responsabilitat professional) que caldrà aplicar quan aquesta esdevingui incapaç i no pugui participar activament en la presa de decisions.
4. DOCUMENTAR amb la màxima especificitat possible els acords.
5. ACTUAR amb coherència segons les previsions fetes.

Per facilitar aquests passos podem seguir la proposta exposada a la taula 2.

### Descripció i accions recomanades

#### 1. Introducció del tema en las converses amb el pacient:

Iniciar-lo normalment en fases no molt tardanes i d'estabilitat clínica.

Iniciar la conversa; preguntar si ha pensat sobre la evolució de la seva malaltia i si sap quelcom sobre les voluntats anticipades.

Detectar i avaluar la resposta emocional del pacient.

Introduir, progressivament, la possibilitat de comunicar aquests temes també als familiars.

Introduir la importància d'anar identificant a un representant.

*Nota: Aquesta primera etapa permet identificar al pacient que inicialment pot acceptar la PAD com una manera de millorar el seu procés assistencial al final de la seva vida. És possible que el procés de la PAD no pugui continuar i calgui reintentar-lo en altre ocasió.*

#### 2. Diàleg estructurat entorn al tema:

Identificar amb el pacient situacions clíniques amb resultat de incertesa, algunes de les quals pot haver viscut prèviament (ex.: episodi greu de la seva malaltia).

Aclarir valors del pacient:

- a) Saber como ha viscut prèviament situacions de malaltia.
- b) Convidar-lo a pensar que faria en cadascun dels escenaris clínics descrits.
- c) Ajudar-li a identificar les seves preferències a cada escenari.
- d) Definir les seves preferències davant decisions clíniques que puguin plantejar-se.

Aclarir les seves preferències respecte al ús de mitjans de suport vital i altres actuacions clíniques:

- a) Reanimació cardiopulmonar
- b) Ventilació mecànica
- c) Intubació.
- d) Diàlisi.
- e) Nutrició artificial.
- f) Altres mitjans de suport vital

Identificar si prefereix morir a casa o a un centre sanitari o socio sanitari.

Aclarir criteris de qualitat de vida del pacient:

- a) la capacitat de comunicar-se i relacionar-se amb els altres.
- b) la capacitat de mantenir una mínima capacitat cognitiva, de memòria i d'abstracció.



- c) la possibilitat de mantenir una mínima independència funcional per les activitats de la vida diària.
- d) el fet de no patir ofec greu.
- e) La preferència per mantenir una bona qualitat de vida, tot i que suposi un escurçament de la vida.

Treballar amb el pacient i el representant, aclarint el seu paper, i identificant conjuntament els valors del pacient que són importants per decidir .

Treballar amb el pacient i el representant els beneficis, riscos i pronòstic de cada escenari clínic.

*Nota: En aquesta etapa és clau donar i aclarir la informació sobre la malaltia que el pacient necessiti. També és clau saber escoltar i recollir les preferències expressades pel pacient segons els seus valors. Poden trobar-se en aquesta fase discrepàncies clares entre el pacient, família i professionals.*

### 3. Documentar les seves preferències

Introduir la PAD a la història clínica.

Ajudar, si el pacient ho desitja, a la formalització d'un DVA, que serà introduït a la història clínica.

Explicar-li al pacient la importància de que els seus familiars sàpiguen de la existència de la directiva prèvia i del representant.

*Nota: Fer servir la documentació específica per la PAD. Deixar-la en lloc molt accessible pel seu ús.*

### 4. Revisar-les i actualitzar-les periòdicament

Revisar periòdicament la directiva i fer canvis si cal.

*\*Nota: Per exemple mitjançant els plans terapèutics.*

### 5. Aplicar-les en situacions clíniques

Proposar accions específiques coherents amb la PAD quan el pacient no sigui capaç per continuar prenent decisions.

Si cal prendre decisions sobre situacions no contemplades específicament, fer-lo segons els valors i criteris de qualitat de vida expressats pel pacient.

*\*Nota: Quan el pacient esdevingui no capaç per prendre decisions. El representant serà qui acordarà les decisions, preferiblement amb la resta de la família.*

Taula 2. Descripció de les accions recomanades (Modificada de Couceiro A, 2010).

## 9. La PAD en pacients no capaços.

Tot i que la PAD està prevista en persones amb la capacitat de decidir conservada, sovint a l'entorn socio sanitari moltes persones tenen aquesta capacitat disminuïda, fins i tot anul·lada totalment. Llavors cal prendre les decisions amb els seus representants, la família o d'altres.

L'equip assistencial i el/els representant/s de la persona incapaç poden establir una planificació anticipada segons els valors coneguts d'aquesta persona, proposant i acordant per tant accions amb els següents criteris, ordenats jeràrquicament:

1er: Segons les preferències expressades prèviament en un DVA o directament verbals (criteri subjectiu).

2on: Segons el que "hauria desitjat la persona malalta" si estigués amb la capacitat conservada en aquell moment (criteri del judici substitutiu). Només serà aplicable si el pacient ha estat capaç alguna vegada. El representant ha de "oblidar" els seus propis valors i posar en joc només els de la persona incapaç. En aquest cas torna a tenir importància la PAD amb el pacient.

3er: Segons el criteri de millor interès. Es fonamenta exclusivament en la protecció del benestar del pacient, amb criteris més objectius i socialment consensuats. Cal tenir en compte factors com l'alivi del patiment, la preservació o la restauració de la qualitat de vida i la durada d'aquesta. Es tracta doncs d'intentar establir un consens intersubjectiu aplicat al cas concret.

En general, el representant idoni és aquell que ha estat escollit pel propi pacient, per exemple en un DVA o un poder de representació. Si aquest no és el cas pot seguir-se el següent ordre (proposem el mateix que proposa l'article 10.1 de la *Ley 2/2010 de Derechos y Garantias de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte*, aprovada pel Parlament d'Andalusia enguany): la persona que sigui el representant legal (per exemple en les seves formes de tutor, curador o mitjançant la pàtria potestat), el cònjuge o la cònjuge o persona vinculada per anàloga relació d'afectivitat, els familiars de grau més pròxim i dins del mateix grau el de major edat. Sempre tenint en compte el que pogués decidir l'autoritat judicial competent conforme a la legislació processal.

En tot el procés cal tenir en compte les orientacions contingudes a la *Guia de capacitat de la CSPT*.

Per portar a terme una PAD amb el representant poden ser útils les següents taules, traduïdes de Lang F i Quill T (Am Fam Physician 2004).

1. Si hi ha un DVA o un poder de representació, aquests documents han de guiar el procés assistencial tant com sigui possible.
2. Si no hi ha un poder de representació o un DVA, cal determinar qui pot prendre les decisions sobre el pacient. Determinar si algun membre cabdal està absent. Tracti de mantenir aquells que coneixen millor al pacient al centre de la presa de decisions.
3. Busqui un lloc tranquil on cada membre de la família pugui seure còmodament.
4. Segui, estableixi una bona relació amb cada persona present. ¿Quina és la relació de cadascú amb el pacient? ¿Com respon cada persona l'estat actual del pacient?
5. Aclareixi la diferència entre el judici substitutiu i les decisions preses en el millor interès del pacient.
6. Intenti arribar a un consens sobre la situació clínica del pacient, sobre tot del pronòstic.
7. Demani si el pacient ha comunicat alguna vegada preferències clares o una història de valors:
  - a. Si és així, reforci el principi del judici substitutiu segons les preferències del pacient. Vagi al pas 9.
  - b. Si no hi ha indicacions específiques, intenti recrear una història de valors com a mínim en la qüestió de la supervivència davant el benestar i la dignitat al final de la vida.
8. Sigui un participant actiu. Comparteixi la seva interpretació del significat de les paraules del pacient i els seus comportaments. Pot utilitzar declaracions i recomanacions per a recolzar les impressions de la família o per a proporcionar una observació professional en la qual la família pugui construir consens. Si la seva recomanació difereix de la família, que la coneguin i demani aclariments sobre les diferències.
9. Després d'una discussió i negociació, reafirmi o replantegi l'estat del valor que millor s'adapti a allò expressat pel pacient o els valors implicats.
10. Discuteixi els procediments específics i les directrius, segons procedeixi.
11. Depenent del judici substitutiu de la família, descrigui el que es farà i el que no es farà. Especialment si l'elecció és un tractament agressiu, asseguris que els familiars atenen a la comoditat del pacient i a la seva dignitat. Busqui la confirmació verbal que ho han entès i hi estan d'acord.

12. En el decurs de l'entrevista, generalment hi ha una sèrie d'oportunitats per a donar suport als sentiments i emocions dels membres de la família. L'atenció a les respostes emocionals de la família és apropiada i s'ha de tenir en compte.

Taula 3. Passos per la discussió de la PAD amb el representant.

Recomanació	Comentaris
Acord en el pronòstic.	Confirmar explícitament que el punt de vista de la família sobre el pronòstic és similar al seu. En cas contrari, treballar-ho.
Discutir “com decidir” abans que “què decidir”.	Establir un acord per a buscar la decisió del que el pacient faria si fos competent.
Equiparar els valors de supervivència i confort al final de la vida.	Al final de la vida, aquesta opció fonamental pot dirigir les cures.
Discutir totes les opcions, no només Ordres de No Reanimació.	Discutir aspectes positius i negatius de l'hospitalització, mèdics, del tractament, i de la nutrició i hidratació i de la resta de cures.
Explorar els valors del pacient a través de les seves paraules i conductes.	Asseguri's d'interpretar les declaracions aïllades en el context.
Faci recomanacions.	Després de determinar els valors del pacient, ofereixi recomanacions explícitament relacionades amb les seves preferències .
Explori els sentiments de la família.	Tots els membres de la família es mostraran preocupats, però cada un és únic.

Taula 4. Consideracions en la discussió de la PAD amb els representants.

## 10. Aplicació de la PAD segons les unitats

El CSS Albada disposa de dispositius de cinc nivells:

1. Unitats d'ingrés a les plantes del centre: Les persones es troben ingressades, de vegades de forma indefinida, per un o més problemes de salut. Hi ha un equip assistencial multidisciplinar, un metge responsable durant aquell ingrés i uns objectius assistencials (pla terapèutic interdisciplinar). La durada de l'ingrés és variable. Una vegada s'assoleixen els objectius, es proposa l'alta de la unitat.
2. Unitats d'atenció ambulatoria: Les persones son visitades al centre de forma programada i tornen al seu domicili quan la visita finalitza. Hi ha un equip assistencial multidisciplinar. Hi ha un metge responsable i uns objectius assistencials (pla terapèutic interdisciplinar). El nombre i la freqüència de les visites és variable. Una vegada s'assoleixen els objectius, es proposa l'alta de la unitat.
3. Unitats d'atenció domiciliària: Les persones son visitades al seu domicili, de forma programada. Hi ha un equip assistencial multidisciplinar. Hi ha un metge responsable i uns objectius assistencials (pla terapèutic interdisciplinar). El nombre i la freqüència de les visites és variable. Una vegada s'assoleixen els objectius, es proposa l'alta de la unitat.
4. Unitats de suport a l'Hospital d'Aguts: Formades per un equip assistencial multidisciplinar que avalua a pacients ingressats a l'hospital d'aguts i es coordina amb els altres dispositius del CSS Albada per oferir el recurs adequat als problemes de salut del pacient. Hi ha un metge

responsable i uns objectius assistencials (pla terapèutic interdisciplinar). Una vegada s'assoleixen els objectius, es proposa l'alta de la unitat.

- Altres unitats: Les unitats d'atenció diürna i l'hospital de dia per persones amb demència tenen l'objectiu bàsic de la rehabilitació funcional i cognitiva i estan vinculades a altres dispositius que actuen com referents (Atenció Primària i Equip d'Atenció Integral Ambulatoria de Trastorn Cognitiu sobretot).

Segons els nivells i les unitats assistencials, el procés de la PAD tindrà diferents oportunitats de fer-se, i per tant d'aplicar-se (taula 5).

	<b>Pot afavorir la PAD</b>	<b>Pot dificultar la PAD</b>
<b>Ingrés:</b> Llarga estada UCR UCP UGA.	<i>Permet una escolta del pacient i família continuada en el temps. L'avaluació diagnòstica i pronòstica pot ser més acurada. L'aplicació de la PAD pot ser garantida millor.</i>	<i>En algunes unitats el final de la vida és una possibilitat remota i el plantejament de la PAD menys freqüent, amb la pèrdua d'experiència concomitant. En algunes unitats, la durada de l'atenció pot ser massa breu.</i>
<b>Ambulatori:</b> EAIA-TC EAIA-Paliació EAIA-Geriàtric	<i>Si el procés és perllongat en el temps, la relació amb el pacient i família pot ser forta.</i>	<i>La escolta del pacient i la família és més difícil per raons de temps. L'aplicació de la PAD la farà altre equip assistencial.</i>
<b>Domiciliari:</b> PADES Geriàtric, PADES Paliació	<i>Pot haver un coneixement directe del context socio-familiar del pacient. Possibilitat de coordinació personal amb els EAP quan el pacient vol morir a casa seva.</i>	<i>En l'aplicació de la PAD han d'intervenir altres dispositius aliens al CSS Albada (EAP, hospitals d'aguts, centres residencials). L'avaluació diagnòstica i pronòstica pot ser molt imprecisa.</i>
<b>Especials:</b> UFISS Geriàtrica UFISS Paliació.	<i>Permet una escolta del pacient i família continuada en el temps. L'avaluació diagnòstica i pronòstica pot ser més acurada. Bona coordinació amb les unitats d'aguts.</i>	<i>La durada de l'atenció pot ser massa breu.</i>
<b>Altres dispositius:</b> H. Dia Demències, Unitat d'Atenció Diürna	<i>Poden recollir informació molt valuosa per plantejar una PAD. Bona coordinació amb les respectives unitats referents.</i>	<i>L'aplicació de la PAD la farà altre equip assistencial.</i>

Taula 5. Factors afavoridors i obstaculitzadors de la PAD segons les unitats del CSS Albada.

A qualsevol nivell assistencial, les competències professionals (actitud, aptitud i coneixement, facilitat pel treball en equip, etc) podran afavorir o dificultar en intensitat variable el desenvolupament de la PAD.

## 11. Documentació per registrar la PAD

No cal oblidar que la història clínica, en el seu apartat de curs clínic sobretot, és un espai totalment adient per registrar tot allò que els professionals considerin apropiat en relació al procés de PAD del pacient.

Malgrat això, per garantir un fàcil accés a la PAD en tot moment i una clara explicitació dels aspectes més rellevants per la bona atenció del pacient, pot ser útil fer servir un imprés/plantilla, on es recullin els acords i tractaments previstos en cas de donar-se la situació

d'incapacitat i final de la vida probable. És llavors quan la PAD pot ser una eina bàsica que permeti garantir una pràctica assistencial excel·lent en tot moment.

**Contingut del Document de registre de la PAD (Veure annex al final):**

- Identificació bàsica del pacient:

Nom i cognoms (etiqueta).

- Secció A: Capacitat del pacient i identificació del representant.

El representant coincidirà habitualment amb el cuidador principal. És recomanable que hi hagi un representant únic, tot i que sovint no és possible. Llavors cal demanar als representants un acord per fer constar només una persona a la PAD, encara que les decisions siguin preses entre varies. Cal registrar aquesta circumstància a la història clínica.

*(Consultar la Guia de Capacitat de la CSPT).*

[http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP\\_Intra/Cea/Orientacions/orientacions03.doc](http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP_Intra/Cea/Orientacions/orientacions03.doc)

- Secció B: Estimació de la situació diagnòstica i del pronòstic.

És important diagnosticar amb la màxima precisió possible segons el pacient, per poder fer una estimació del pronòstic de supervivència i de la evolució de la/les malaltia/es del pacient.

- Secció C: Expressió de valors personals del pacient.

És important que els valors expressats verbalment pel pacient de forma genèrica o més específica quedin registrats, així com la seva preferència del lloc on morir.

*(Consultar la Guia sobre Voluntats Anticipades de la CSPT).*

[http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP\\_Intra/Cea/Orientacions/resumvoluntats.htm](http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP_Intra/Cea/Orientacions/resumvoluntats.htm)

*Important: Si el pacient disposa d'un DVA degudament legalitzat (per la signatura de tres testimonis o per un notari, estigui o no registrat al Departament de Salut), és recomanable disposar d'una còpia del document a la història clínica.*

- Propostes específiques de tractament:

- Secció D: Ordres de reanimació cardio-pulmonar.

És important preveure el tractament en cas d'aturada cardio-respiratòria, sempre que sigui possible.

*(Consultar la Guia sobre Ordres de no reanimació de la CSPT)*

[http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP\\_Intra/Cea/Orientacions/resumonr.htm](http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP_Intra/Cea/Orientacions/resumonr.htm)

- Secció E: Intervencions mèdiques en cas de situació amb alt risc de mort propera. Permet orientar de forma genèrica el nivell de tractament adequat en aquesta situació. Llavors, una vegada avaluat el pacient en el context i el moment concrets, poden proposar-se els tractaments específics pertinents.

*Per exemple: Pacient amb MPOC molt avançat, porta CPAP habitualment. Ha ingressat 4 vegades els últims 6 mesos. Proponem adequació del tractament, inclosa l'administració de fàrmacs endovenosos que no requereixen monitorització intensa (com la que fan a la UCI) i*

*revaloració segons la evolució. No proposem intubació endotraqueal i ventilació mecànica en cas de fracàs respiratori final. Probablement, si el pacient empitjora, proposarem cures pal·liatives els darrers dies de vida.*

➤ **Secció F: Ús dels antibiòtics.**

Inclou antibiòtics per via oral, endovenosa o intramuscular. Cal valorar el context i la resposta esperada.

*Per exemple: Iniciar i/o mantenir un tractament antibiòtic per via endovenosa a domicili, pot arribar a no estar indicat per las dificultats pròpies de la tècnica en cas d'una persona que hagi optat per continuar a casa seva i no ser traslladada a cap centre sanitari sota cap concepte.*

➤ **Secció G: Ús de la nutrició artificial.**

És refereix a l'ús de nutrició artificial de forma indefinida, generalment enteral.

(Consultar la Guia per les decisions sobre nutrició artificial de la CSPT)

[http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP\\_Intra/Cea/Orientacions/resumna.htm](http://www.cspt.es/intracspt/ConsellProf/CICP_Intra/Cea/Orientacions/resumna.htm)

▪ **Secció H: Resum i signatures.**

Per considerar vàlida la PAD és indispensable la signatura del metge responsable del pacient. Es recomanable també que el propi malalt o el seu representant, si aquell és incapaç, també signi, però no indispensable. Si no hi ha signatura del pacient o del representant, es molt recomanable registrar a la història clínica de forma clara que ha hagut acord i autorització verbal per part d'aquests a la proposta de PAD.

L'àmbit i el temps d'aplicació de la PAD ha de coincidir amb el procés assistencial actiu. Aquest procés tindrà com a mínim un equip responsable del CSS Albada, i serà a nivell d'internament, ambulatori o domiciliari. Un procés assistencial pot incloure varis dispositius, de forma continuada o a la vegada, al mateix CSS Albada. Si el procés assistencial canvia, cal un nou registre de PAD, aplicable doncs al nou procés.

*Exemple: Un pacient ingressa a la Unitat de Convalescència i es fa una PAD. Si és donat d'alta a domicili la PAD feta és una informació rellevant però, cal fer una nova PAD si torna a ingressar una altra vegada al CSS Albada. Encara que sigui la mateixa unitat i encara que, probablement, el contingut de la PAD serà el mateix o molt semblant a l'anterior.*

▪ **Secció I: Revisió de la PAD.**

Les revisions han de produir-se durant el mateix procés assistencial. Si el pacient canvia de dispositiu assistencial dintre del CSS Albada, cal revisar-lo i actualitzar-lo a una altre versió si les modificacions son rellevants.

*Exemple: Un pacient ingressa a la UGA. Inicia una PAD. És traslladat a una unitat de convalescència. És revisa la PAD. Donat d'alta de convalescència ingressa al PADES. Cal una nova revisió i només un nou registre si apareixen modificacions que ho justifiquin.*

## **12. La PAD més enllà del CSS Albada**

Com ja hem proposat més amunt, aquesta guia pretén ajudar a que la PAD es desenvolupi a l'àmbit del CSS Socio sanitari i per tant cal esperar la seva aplicació fonamentalment en les persones que estan ingressades als llits del centre.

Cal recordar, però, que els dispositius socio sanitaris ambulatoris, domiciliaris i la UFISS poden tenir, i de fet tenen, una gran influència més enllà del propi centre, en persones que viuen a casa seva o estan ingressades a l'hospital d'aguts.

En aquest cas, i sempre que algun d'aquests dispositius tingui una explícita responsabilitat assistencial en el procés del pacient, el desenvolupament i la oportuna aplicació de la PAD pot ser també un factor significatiu per garantir un bon final de la vida.

Per finalitzar, queda per més endavant veure si altres organitzacions sanitàries i no sanitàries poden i volen fer servir, com responsables de l'atenció d'una persona, la PAD generada al CSS Albada quan cap dels seus dispositius té responsabilitat assistencial en aquestes persones.

## **13. La PAD i els Documents de Voluntats Anticipades**

És probable que amb el desenvolupament de la PAD de forma sistemàtica més persones puguin decidir fer un DVA que formalitzi legalment les seves preferències, més enllà de quan es trobi atès per un dispositiu del CSS Albada.

Pel contrari, disposar d'un DVA en una persona amb la capacitat conservada pot facilitar clarament la PAD, confirmant o modificant les preferències allà exposades.

Recordem llavors, com hem dit a la justificació d'aquesta guia, que si bé PAD i DVA no són sinònims, si que són processos molt relacionats. Ambdós persegueixen, com objectiu final garantir el màxim respecte dels valors del pacient.

## **14. Avaluació i revisió de la guia**

La guia serà avaluada un cop cada 4 anys, o abans si és necessari, segons el desenvolupament del projecte de la PAD.

Donat que la PAD pretén millorar la qualitat de l'atenció al final de la vida i que la guia preten ser una eina per la implementació sistemàtica de la PAD, l'avaluació de la guia ha d'incloure dades de coneixement de la guia i dades en relació a la qualitat de l'AFV al CSS Albada, recollides dels familiars i dels professionals responsables de les persones mortes al centre.

El responsable de la seva avaluació serà el coordinador del grup.

Els indicadors de coneixement de la guia previstos són:

- A) Nombre d'entrades a la intranet per la seva consulta.
- B) Nombre de referències de la guia en altres documents de la CSPT.
- C) Utilització del sistema de registre específic proposat a la guia (revisió d'històries de pacients morts al CSS Albada).
- D) Ús de la guia en la formació de professionals del CSS Albada.

Les dades relacionades amb el procés d'AFV hauran de ser obtingudes d'estudis ad hoc realitzats de forma programada.

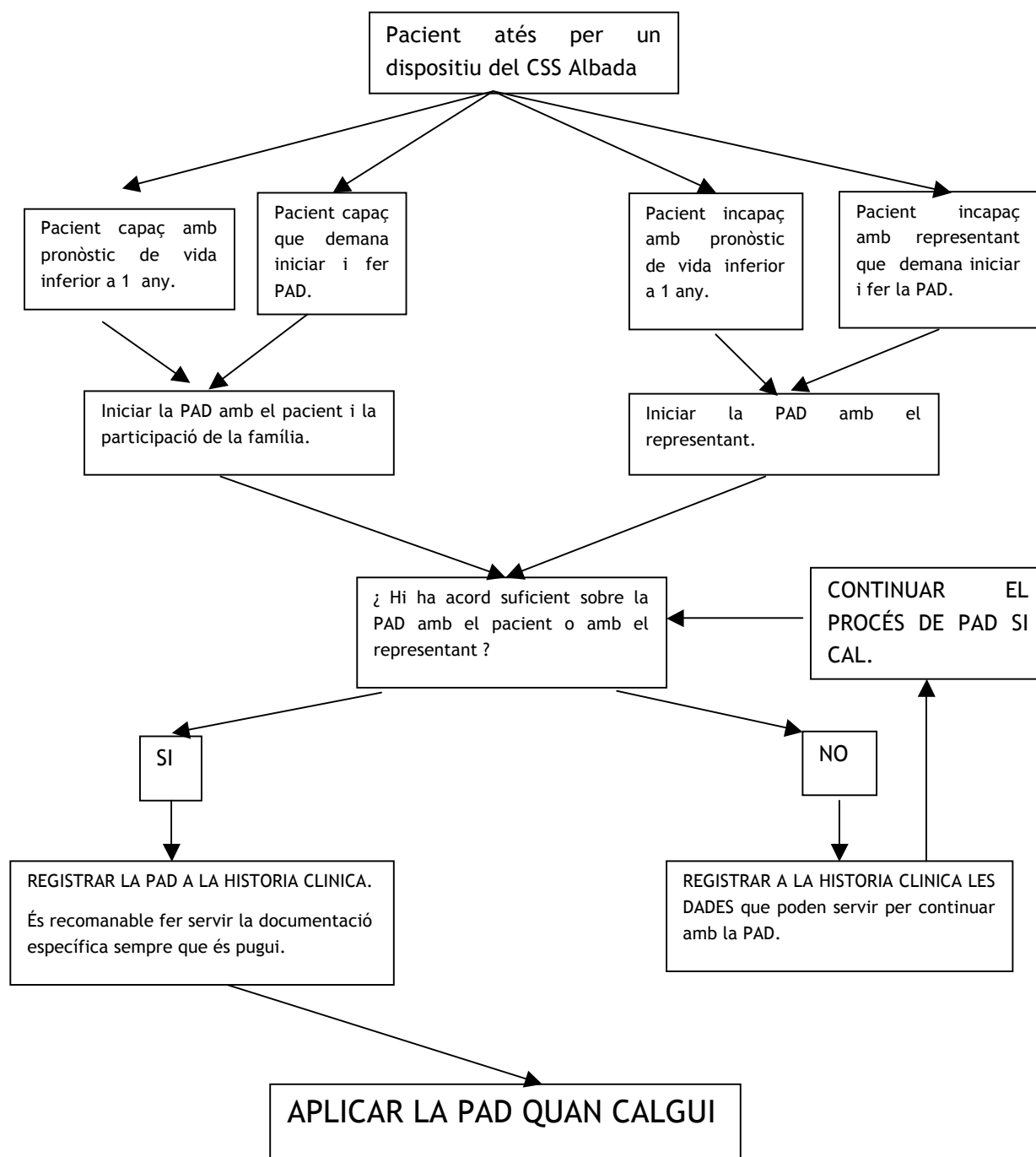
## 15. Bibliografia consultada

1. Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Med Clin (Barc)* 2009;doi:10.1016/j.medcli.2009.05.021
2. Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:586-94
3. Barrio-Cantalejo IM, Molina-Ruiz A, Simón-Lorda P, Cámara-Medina C, Toral López I, del Mar Rodríguez del Aguila M, Bailón-Gómez RM. Advance directives and proxies' predictions about patients' treatment preferences. *Nurs Ethics*. 2009 Jan;16(1):93-109
4. Barrio IM, Simón P, Júdez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nure Investigación* 2004 (mayo);5:1-9
5. Broggi MA. Els canvis en la relació clínica. Consentiment informat i voluntats anticipades. *FRC Revista de debat polític* 2004;9:103-113
6. Britih Medical Association. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. 2007.
7. Busquets JM, Váñez C. Consideracions entorn les voluntats anticipades. *Annals de Medicina* 2003;86:58-60.
8. Caplan GA, Meller A, Squires B, Chan S, Willett W. Advance care planning and hospital in the nursing home. *Age and Ageing* 2006; 35: 581-585
9. Clements JM Patients perceptions on the use of advance directives and life prolonging technology. *Am J Hosp Palliat Care* 2009.
10. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Les infermeres i les voluntats anticipades. Barcelona 2007.
11. Collins LG, Parks SM, Winter L. The state of advance care planning: one decade after SUPPORT. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23; 378
12. Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions sobre el document de voluntats anticipades. Departament de la Salut. Generalitat de Catalunya, Barcelona 2010.
13. Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona 2010.
14. Couceiro A, Pandiella A. La EPOC: un paradigma para el uso de directivas previas y la planificación anticipada de decisiones. *rch Bronconeumol*. 2010 Jun;46(6):325-31
15. Couceiro A. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites i aplicaciones clínicas. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22(4):213-22
16. Crawley LM, Marshall PA, Lo B, Koenig BA. Strategies for culturally effective end-of-life care. *Ann Intern Med* 2002;136:673-679.
17. de Boer ME, Hertogh CM, Dröes RM, Jonker C, Eefsting JA. Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness. *Int Psychogeriatr*. 2010 Mar;22(2):201-8
18. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345
19. Formiga F, Vidaller A, Mascaró J, Pujol R. Morir en el hospital por demencia en fase terminal: análisis de la toma de decisiones después de un programa educativo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005;40(1):18-21
20. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)* 2003;121(3):95-7
21. García A, Abad E, Pascau MJ, Sánchez R. La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular. *Nure Investigación*, nº 20, Enero-Febrero 06
22. Gillick MR. The Use of Advance Care Planning to Guide Decisions About Artificial Nutrition and Hydration. *Nutrition in Clinical Practice* 21:126-133, April 2006
23. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o también de enfermos? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2007;30 (sup 3): 129-135.
24. <http://www.compassionandsupport.org/index.php/spanish> Consultada el 16 de agosto de 2010.
25. <http://www.ohsu.edu/polst/programs/docs/molst+booklet+09.06.pdf> Consultada el 16 de agosto de 2010.
26. [http://www.wsma.org/files/Downloads/PatientResources/polst\\_form.pdf](http://www.wsma.org/files/Downloads/PatientResources/polst_form.pdf) Consultado el 16 de agosto de 2010.
27. <http://www.ohsu.edu/polst/> Consultado el 16 de agosto de 2010.
28. Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. *Am Fam Physician* 2004;70:719-23.



29. Levinsky NG. The purpose of advance medical planning-autonomy for patients or limitation of care? *N Eng J Med* 1996; 335 (10): 741-3
30. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
31. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
32. Lynn J, Goldstein NE. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwarranted suffering. *Ann Intern Med* 2003; 138:812-818
33. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000;356:1672-1676.
34. Martin DK, Thiel EC, Singer PA. A new model of advance care planning. *Arch Intern Med* 1999;159:86-92
35. Martinez K. Los documentos de voluntades anticipadas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30 (Supl. 3): 87-102.
36. Murray SA, Sheikh A, Thomas K. Advance care planning in primary care. *BMJ* 2006;333:868-9
37. Navarro Bravo B, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2010. doi:10.1016/j.aprim.2010.01.012
38. Pautex S, Hermann FR, Zulian GB. Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. *Palliative Medicine* 2008;22:835-41
39. Rees E, Hardy J. Novel consent process for research in dying patients unable to give consent. *BMJ.* 2003 Jul 26;327(7408):198
40. Rodriguez A, Ibeas J, Real J, Peña S, Martinez JC, García M. Documento de voluntades anticipadas de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo mediante diálisis. *Nefrología* 2007;27:581-592.
41. Sanz-Ortiz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? *Voluntades Anticipadas.* *Med Clin (Barc)* 2006; 126(16):620-3
42. Seoane JA. Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España. *Derecho y Salud* Vol. 14, Nº. 2, 2006, pags. 285-296
43. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *N Eng J Med* 2010;362(13):1211-8.
44. Simón P, Barrio IM. ¿Quién decidirá por mí? Editorial Triacastela, Madrid 2004.
45. Simón P, Barrio IM, Alarcos FJ, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial* 2008;23(6):271-85
46. Singer P, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelsson DC. Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. *Arch Intern Med* 1998;158:879-884 .
47. Sudore R, Fried T. Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Ann Intern Med.* 2010;153:256-261.
48. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Feb;55(2):189-94
49. Randall Curtis J. Palliative and End-of-life Care for Patients with Severe COPD . *ERJ Express.* Published on November 7, 2007 as doi: 10.1183/09031936.00126107
50. Randall Curtis J, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, AmbrozyDM, Ramsey PG. Patients' Perspectives on Physician Skill in End-of-Life Care\* : Differences Between Patients With COPD, Cancer, and AIDS. *Chest* 2002;122: 356-362
51. White D et al. Life Support for Patients without a Surrogate Decision Maker: Who Decides? *Ann Intern Med.* 2007;147:34-40.
52. Wittink MN et al. Stability of preferences for end-of-life treatment after 3 years of follow-up. *Arch Intern Med* 2008;168(19):2115-2130

**Annex I. Algorisme.**



**Annex II. Full de registre de la PAD.**

Pàgines 19 i 20.

CENTRE SOCIOSANITARI ALBADA – CSPT Sabadell	
PLANIFICACIÓ ANTICIPADA DE DECISIONS (PAD)	
<p>La valoració i la PAD expressada en aquest document està basada en la situació clínica i en les preferències d'aquesta persona, que han estat conegudes directament del pacient o pels seus representants. Les instruccions expressades en aquest document han estat acordades amb el propi pacient i/o els seus representants. Per seguir les instruccions d'aquest document, és recomanable posar-se en contacte amb el metge responsable. Quan hi hagi clara contradicció entre aquest document i el DVA degudament legalitzat, té prioritat el DVA, mentre no es determini el contrari amb el representant.</p>	<p>Identificació etiqueta</p>
<p><i>Molt important: La PAD és útil en situació d'incapacitat del pacient i en situacions de final de la vida. Fora d'aquests contextos, la relació amb el pacient estarà basada en el Consentiment Informat. La informació continguda en aquest document pot ajudar en la presa de decisions.</i></p>	

Secció A	AVALUACIÓ DE LA CAPACITAT PER DECIDIR EN PROBLEMES DE SALUT
<p>Marqui UNA sola opció</p>	<p>He avaluat la capacitat per a decidir del pacient com metge responsable seu i:</p> <p><input type="checkbox"/> Considero que SI té la capacitat suficient per prendre les decisions expressades en les seccions D, E, F i G.</p> <p><input type="checkbox"/> Considero que NO té la capacitat suficient per prendre les decisions expressades en les seccions D, E, F i G.</p> <p>Observacions: .....</p>
<p>Marqui UNA sola opció</p>	<p>Avaluada la situació del pacient com incapaç, i segons la documentació revisada, el seu REPRESENTANT ACTUAL, que coneix les seves preferències i valors és:</p> <p><input type="checkbox"/> Representant del DVA <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Familiar en primer grau <input type="checkbox"/> Altre familiar <input type="checkbox"/> Altre persona <input type="checkbox"/> Equip</p>
<p>Metge</p>	<p>Dades del representant:</p> <p>Cognoms: _____ Nom: _____</p> <p>Adreça: _____ T. contacte: _____</p>
<p>Data</p>	<p><i>Molt important: En una persona incapaç, si no hi ha cap representant, cal comunicar-ho a la Direcció del CSS Albada i és aconsellable iniciar un procés d'incapacitació. En cas de dubtes, és recomanable demanar consulta al CEA.</i></p>

Secció B	AVALUACIÓ DE LA SITUACIÓ DIAGNÒSTICA I PRONÒSTICA
<p>Marqui les opcions que vulgui</p>	<p>He avaluat la situació DIAGNÒSTICA i PRONÒSTICA del pacient i raonablement considero que pateix:</p> <p><input type="checkbox"/> Una o varies malalties cròniques.</p> <p><input type="checkbox"/> Una o varies malalties cròniques avançades sense possibilitats de millora.</p> <p><input type="checkbox"/> Una situació terminal.</p>
<p>Metge</p>	<p><input type="checkbox"/> Una pèrdua de consciència irreversible.</p> <p><input type="checkbox"/> Un pronòstic de supervivència inferior a (marqui el temps): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Altre: .....</p>
<p>Data</p>	<p><i>Molt important: Si aquesta secció està sense omplir, es considera que el pacient té una situació amb possibilitats de tractament actiu segons el consens científic actual. En cas de complicació cal tenir en compte totes les opcions.</i></p>

Secció C	EXPRESSIÓ DE VALORS DEL PACIENT
<p>Metge</p>	<p>El pacient ha expressat, de forma verbal o escrita, el següent (text lliure):</p>
<p>Marqui si cal</p>	<p><input type="checkbox"/> El pacient té un DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES</p>
<p>Marqui si cal</p>	<p><input type="checkbox"/> La mort al DOMICILI és una preferència del pacient i/o del seu representant.</p>
<p>Data</p>	<p><i>Molt important: Si aquesta secció està sense omplir, es considera que no sabem res dels valors subjectius del pacient. És recomanable intentar obtenir aquesta informació del propi pacient o del seu representant.</i></p>

Secció D	ORDRES DE REANIMACIÓ CARDIO-PULMONAR (RCP): El pacient no respira i no té batec cardíac.
<p>Marqui UNA sola opció</p>	<p><input type="checkbox"/> Intentar RCP <input type="checkbox"/> NO intentar RCP/Permetre una mort natural.</p>
<p>Metge</p>	
<p>Data</p>	<p><i>Molt important: si el pacient es troba en situació de risc vital immediat o molt proper, i no hi ha aturada cardiorespiratòria, seguir seccions E, F i G.</i></p>

**Aquest formulari és APLICABLE al procés assistencial actual. Inclòs si es dona al propi domicili. Si el pacient és traslladat d'unitat dintre del CSS Albada, cal revisar-lo. Per la seva aplicació és recomanable consultar la Guia per la PAD del CSS Albada - Novembre 2010**

CSS Socioassistencial

PARC TAULLI

Secció E		INTERVENCIIONS MÈDIQUES: El pacient respira i té batec cardíac.
Marqui UNA sola opció.	Metge	<input type="checkbox"/> <b>Només mesures de confort:</b> cal fer servir tractament, per qualsevol via, per tractar el dolor i el patiment. Inclou oxigen, cures de la boca i aspiració de secrecions si cal pel confort del pacient. <i>El trasllat del pacient a un altre lloc pot ser molt inapropiat.</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Adequació del tractament:</b> inclou l'anterior recomanació. Està indicat tractament mèdic, endovenós i monitorització i la ventilació no invasiva (CPAP, BIPAP). NO ESTAN INDICADES LA INTUBACIÓ, VENTILACIÓ MECÀNICA INVÀSIVA NI LA DIÀLISI. <i>El trasllat a una unitat hospitalària o socioassistencial pot estar indicat.</i>
		<input type="checkbox"/> <b>SENSE limitació de tractament:</b> inclou qualsevol tractament indicat, intubació, ventilació mecànica, i desfibril·lació si cal. <i>El trasllat a l'hospital està indicat. Indicat, si cal, l'ingrés a cures intensives.</i>
	Data	<input type="checkbox"/> <b>Altres instruccions:</b> ..... .....

Secció F		ÚS D'ANTIBIÒTICS
Marqui UNA sola opció	Metge	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> fer servir antibiòtics. Fer servir altres mesures pel control simptomàtic. <input type="checkbox"/> Fer servir els antibiòtics només com control d'una infecció per garantir el confort. <input type="checkbox"/> Fer servir els antibiòtics per guarir i millorar la supervivència.
	Data	<input type="checkbox"/> <b>Altres instruccions:</b> .....

Secció G		ÚS DE LA NUTRICIÓ I HIDRATACIÓ ARTIFICIALS (NHA): Ofertir sempre menjar i líquids per boca si és possible
Marqui UNA sola opció	Metge	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> iniciar la nutrició ni la hidratació artificials, enteral o parenteral. <input type="checkbox"/> <b>INICIAR</b> un període de prova amb nutrició enteral (SNG o gastrostomia). Objectiu:..... <input type="checkbox"/> <b>FER SERVIR LA NUTRICIÓ ARTIFICIAL INDEFINIDA.</b>
	Data	<input type="checkbox"/> <b>Altres instruccions:</b> .....

Secció H		RESUM I SIGNATURES
Marqui les opcions que vulgui	Data	Aquesta PAD ha estat acordada amb: <input type="checkbox"/> EL PROPI PACIENT, i/o amb : <input type="checkbox"/> Representant del DVA <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Familiar en primer grau <input type="checkbox"/> Altre familiar <input type="checkbox"/> Altre persona <input type="checkbox"/> Equip Signatures del pacient i/o del representant, si és possible: Pacient _____ Representant _____
És imprescindible omplir aquesta secció per fer vàlida la PAD		La signatura del metge vol dir que, avaluada la situació del pacient les millors opcions de tractament són les expressades en les seccions D, E, F i G. Nom del metge: _____ Telèfon de contacte: _____ Signatura: _____ Unitat del CSS Albada: _____
<i>Molt important: Una secció no completada equival a NO RESTRICCIÓ DE QUALSEVOL TRACTAMENT INDICAT en aquella secció, segons l'avaluació mèdica pertinent.</i>		

Secció I		REVISIÓ DE LA PAD	
Data revisió	Revisor	Lloc	Resultat de la revisió
			<input type="checkbox"/> Sense canvis <input type="checkbox"/> Formulari anul·lat <input type="checkbox"/> Nou formulari
			<input type="checkbox"/> Sense canvis <input type="checkbox"/> Formulari anul·lat <input type="checkbox"/> Nou formulari

Aquest formulari és APLICABLE al procés assistencial actual. Inclòs si es dona al propi domicili. Si el pacient és traslladat d'unitat dintre del CSS Albada, cal revisar-lo. Per la seva aplicació és recomanable consultar la Guia per la PAD del CSS Albada - Novembre 2010