



Orientacions per avaluar la capacitat en els pacients en la presa de decisions sanitàries

Comitè d'Ètica Assistencial

Data de redacció de la primera redacció: Abril de 2003

Data de redacció de la primera revisió i actualització : Febrer 2011

Data de redacció de la segona la revisió i actualització: Abril 2015

Propera data de redacció de la revisió i actualització: Abril 2019

Paraules clau : capacitat, competència, ètica.

Coordinador de la guia :

Pablo Hernando Robles. Psicòleg. Direcció Serveis Atenció al Client. CSPT

Comitè Ètica Assistencial

phernando@tauli.cat

Membres de l'equip intern de revisió:

Montserrat Carmona Treballador Social Unitat de Treball Social

Carmen Albert Infermera. Neonatologia (CADI-Hospital de Sabadell)

Germán Diestre Metge. Unitat de Psicogeriatría (Albada Centre SS)

Albert Mariné. Metge. Servei de Prevenció. CSPT

Revisors externs:

Francesc José María. Jurista. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya

Rogeli Armengol. Médico Psiquiatra. Membre del Comité de Bioética de Cataluña.

Koldo Martínez. Médico intensivista. Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

James Drane. Professor de Bioética. Universidad de Edinboro



Índex :

Resum.

Introducció: Per què unes orientacions sobre capacitat?

Capacitat i competència.

Definició de capacitat.

Quines són les habilitats que denoten capacitat?

La capacitat i els menors.

La capacitat i la malaltia mental.

Quan, qui i com s'ha de valorar la capacitat.

Què implica una determinació d'incapacitat?

Quan s'ha de recomanar la incapacitació legal?

Les decisions de representació.

Pla de revisió, seguiment, actualització i indicadors.

Referències bibliogràfiques.

Annexos:

- Model de comunicació al jutjat d'ingrés no voluntari.
- Procediment per a el ingrés no voluntari.
- Formulari per al registre de l'avaluació de la capacitat.
- Esquema resum.

1. Resum

La capacitat és una de les **condicions essencials per exercir l'autonomia en la presa de decisions sanitàries**, i per tant cal respectar-la i promoure-la, essent un deure del metge responsable amb la col·laboració de la resta de l'equip assistencial.

Cal diferenciar entre el concepte de capacitat legal (capacitat d'obrar legal), i el concepte de capacitat de fet o real (capacitat natural o maduresa dels menors). En matèria de decisions relatives a la salut la llei pressuposa que són capaços els majors de 16 anys (llevat d'algunes excepcions). Però no és aquest concepte de capacitat legal el que constitueix el veritable objecte d'aquesta guia.

Mitjançant aquest document el que es pretén és ajudar a valorar la capacitat de fet o real (capacitat natural o maduresa dels menors), que és aquella que permet a la persona entendre i prendre decisions, i que pot no concórrer en una persona a la que la llei la hi presumeixi, però que realment hi hagi perduda, per bé que no hagi estat incapacitada legalment. La capacitat de fet o real (a la que ens referirem com a **capacitat de fet** en endavant) implica la presència efectiva de determinades habilitats, fonamentalment psicològiques, que permetin a la persona governar-se per sí mateixa, exercir adequadament els seus drets i complir amb les seves obligacions i, pel que fa al concret aspecte que ens ocupa, adoptar les decisions sanitàries que li afectin de forma lliure i conscient i, per tant, entenen plenament el seu abast i els riscos que comporta. Aquesta capacitat de fet és, per tant, aquella sobre la que versarà aquest document.

Cal partir del pressupòsit de capacitat. De la mateixa manera cal tenir en compte que:

- La capacitat pot variar en el temps i s'ha de intentar restaurar-la.
- L'exigència de capacitat ha de ser proporcional al tipus de decisió
- Tot i apreciada la incapacitat del pacient s'ha de procurar la seva participació, tant com sigui possible, en la presa de decisions.
- Les decisions relatives a la salut d'un pacient incapaç han de promoure el seu millor interès, en la definició del qual és prioritària l'opinió coneguda del pacient expressada quan aquest era capaç.
- No existeix una incapacitat general, sinó que és específica per a cada tipus de decisió.

Les **habilitats que cal explorar per avaluar la capacitat** són:

- Comprensió de la informació rellevant.
- Apreciació de la significació.
- Presència de raonament.
- Possibilitat d'expressió de la decisió.

També és important explorar les funcions mentals des d'un punt de vista neurològic..



En el cas dels menors de dret cal tenir en compte el següent:

- Als menors de 12 anys no s'han de considerar-los capaços per a la presa de decisions sanitàries, encara que la seva opinió ha de ser tinguda en compte.
- En el interval entre els 12 i 16 anys s'ha de valorar la capacitat, tot i que no es pressuposa aquesta capacitat amb caràcter general.
- A partir dels 16 anys (llevat de algunes excepcions) és reconeguda capacitat per decidir per sí mateix en tot allò relacionat amb la seva salut.

Les **situacions** en les que cal plantejar-se la **avaluació formal de la capacitat** són:

- Quan per a la presa de decisions sanitàries les habilitats anteriorment esmentades siguin deficitàries per alteracions psíquiques i/o físiques.
- També allò que habitualment més ens duu a qüestionar la capacitat és el **rebuig del tractament**¹, sobretot en funció de les seves conseqüències benefici esperat).
- Quan es proposin tractaments de risc elevat i baix benefici.
- Quan s'accepta de forma precipitada un tractament amb riscos importants.

La **responsabilitat** d'avaluar la capacitat correspon al metge responsable recollint l'opinió de tots els professionals integrats en l'equip interdisciplinar.

En el document s'adjunta una **guia específica** per a l'avaluació de la capacitat.

Si es determina que un pacient no és capaç per prendre una determinada decisió per sí mateix s'ha d'acudir a les seves voluntats anticipades i/o procés de planificació anticipada (si les té) i/o prendre la decisió per substitució (persona designada en DVA, representant legal . pare, mare o tutor- guardador de fet, familiar o persona vinculada, segons correspongui en cada supòsit).

La **incapacitació legal** s'ha de recomanar quan es pressuposa que les condicions que determinen que l'individu no és capaç de governar-se es perllongaran durant un llarg període de temps.

En tots aquests processos el **Comitè d'Ètica Assistencial** pot prestar ajuda i orientació.

Un resum gràfic està a l'annex 4.

2. Introducció: Per què unes orientacions sobre capacitat? Objectiu del document.

La capacitat de la persona és un dels requisits del procés de consentiment informat juntament amb la informació, la voluntarietat i l'autenticitat. El

¹ Hi ha una Guia específica sobre aquest tema realitzada per CEA.

compliment de aquestes quatre condicions garanteix una presa de decisió autònoma i els professionals sanitaris tenen l'obligació moral i legal de respectar-la. Això darrer està clarament reconegut a la legislació vigent², tant nacional com internacional del nostre entorn, així com en els diferents codis deontològics professionals. Malgrat tot no existeix un consens sobre els criteris, estàndards i protocols per avaluar la capacitat, situació que pot provocar incertesa en la pràctica clínica. També hi ha evidència de manca de déficits de coneixements, habilitats i actituds dels professionals sanitaris sobre aquesta qüestió. Per pal·liar aquestes deficiències s'han elaborat les següents orientacions i així col·laborar en millorar la qualitat assistencial en aquest aspecte concret.

Usuaris diana de la guia : Aquesta guia està adreçada a tots els professionals, de forma especial quan es troben davant de situacions que és necessària una avaluació formal de la capacitat del pacient per decidir sobre una determinada intervenció mèdica - assistencial.

3. Capacitat natural i capacitat d'obrar. Competència

Freqüentment *capacitat i competència* són utilitzades com a sinònims. En el nostre entorn s'acostuma a utilitzar més el terme *capacitat* amb dues accepcions:

- **la capacitat natural** implica la presència de determinades habilitats fonamentalment psicològiques, de la persona per governar els **fets/actes** i les obligacions dels quals és titular (en aquest cas la presa de decisions sanitàries). Sempre es refereix a situacions concretes (una presa de decisió específica). És el tipus de capacitat de major interès per als conflictes que es produeixen en l'àmbit sanitari. És la **capacitat de fetí**. En la literatura anglosaxona la seva correspondència seria **capacity**.
- **la capacitat legal** fa referència al reconeixement legal de la potestat del subjecte per exercir eficaçment els seus drets i deures. Com a norma general, es presumeix capacitat d'obrar legal plena a les persones majors de 18 anys. La capacitat legal només pot ser modificada mitjançant sentència judicial que requereix un procés d'incapacitació regulat pel Codi Civil. La declaració d'incapacitació comporta el nomenament d'un representant. En aquest document ens referim a aquesta amb el terme **capacitat legalí**. En la situació específica de les

2

- ❑ La Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, en ocupar-se del dret d'autonomia dels pacients (art. 7.2) atribueix al metge la responsabilitat d'apreciar la competència o capacitat del pacient per prestar el seu consentiment sobre les actuacions mèdiques procedents.
- ❑ La llei 41/2002 de 14 de Novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica la qual s'expressa en termes semblants en el seu article 5.3.
- ❑ La Llei 25/2010 del Llibre Segon del Codi Civil de Catalunya de 5 d'agost de 2010.



decisiones sanitàries, com es veurà més endavant, aquest tipus de capacitat es pressuposa a partir dels 16 anys. En la literatura anglosaxona la seva correspondència seria **competency**.

4. Definició de capacitat natural/ incapacitat de fet.

Per principi, tot subjecte major d'edat, té la capacitat natural i legal (a no ser que estigui incapacitat mitjançant sentència) i cal demostrar la seva incapacitat de fet. Un malalt major d'edat amb plena capacitat natural o un menor madur pot trobar-se en una determinada circumstància en una situació d'incapacitat de fet per decidir sobre la seva salut. **La incapacitat de fet es caracteritza per un estat de individu definit per ídèficits funcionals jutjats com a suficientment greus perquè no puguin donar resposta a una presa de decisió específica tenint en compte les conseqüències potencials í³.**

Així :

- No existeix una incapacitat de fet general, sinó que és específica per a cada tipus de tasca o de decisió.
- La capacitat de fet pot variar en el temps i s'ha de intentar restaurar-la per tractar d'incorporar el subjecte en la presa de decisió.
- L'exigència de capacitat de fet ha de ser proporcional⁴ al tipus de decisió (ex: cal exigir una major capacitat per refusar un tractament de suport vital que per al rebuig d'un tractament que no tingui aquesta consideració).
- Àdhuc apreciada la incapacitat de fet del pacient s'ha de procurar la seva participació en la presa de decisions, en la mesura que sigui possible.
- Les decisions relatives a la salut d'un pacient incapaç han de buscar el seu millor interès.

5. Quines són les habilitats que denoten capacitat?

A continuació se numeren un seguit d'habilitats, la absència de les quals permetrà sospitar la incapacitat)⁵.

³ Definició extreta de: GrissoT, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment . A guide for physicians and other health professionals . Nueva York : Oxford University Press , 1998

⁴ L'aportació de J. Drane amb el seu concepte d'escala %novil+de capacitat.

⁵ Aquí és segueix la proposta de Grisso i Appelbaum, tenim en compte que en la revisió feta en el nostre entorn per Pablo Simón és el instruments més utilitzat. Cal recordar que en altres entorns aquest acord està recollit, la qual cosa succeeix a EEUU però també a Anglaterra y Gales. En la nostra realitat més propera ha estat la LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE de la Comunitat Andalusà qui reconeix en el seu article 20.1 el següent:

íArtículo 20. *Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.*

1. *El médico o médica responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le*



1. Habilitat per **comprendre** la informació rellevant en la situació en qüestió (per exemple sotmetre's a una intervenció quirúrgica, a una transfusió, etc.). No és suficient amb la percepció del fet que ha comprès, sinó que cal verificar-la. Pressuposa un procés cognitiu i està relacionada amb el nivell d'intel·ligència. Això darrer és molt important donat que cal adequar el llenguatge al nivell d'intel·ligència i/o educatiu de cada pacient.

La comprensió pot veure's afectada per desordres psiquiàtrics com l'esquizofrènia o la depressió ; el mateix pot succeir amb trastorns neurològics, per la sordesa o efectes secundaris de algunes medicacions.

2. Habilitat per **apreciar la "significació"**: implica "contextualitzar" la informació a la pròpia situació, "fer-la seva" tenint en compte els seus valors i creences. La seva manca s'associa amb la negació i la manca de "insight" (comprensió). Implica avaluar les raons de per què escull un determinat curs d'acció, raons que han de tenir significació per a la seva situació en particular. És fonamental aquí la valoració de les conseqüències, en quina mesura les considera i pondera.

3. Presència de la capacitat de raonar: pressuposa l'existència d'un procés lògic a l'hora d'abordar la decisió, que podria seguir el següent guió:

- La consideració del problema a tractar (focalitzar el tema).
- La consideració de les diferents alternatives existents.
- La consideració de les conseqüències possibles a les diferents alternatives i la seva probabilitat d'ocurrència.
- L'avaluació final.

4. **Expressar** una elecció, la qual no forçosament ha de ser en forma verbal. Malgrat tot la interpretació d'aquesta habilitat ha de ser unívoca. Sense l'expressió d'una elecció és impossible entrar a valorar les altres habilitats. Contràriament, com a única habilitat tampoc té valor. En resum: la seva mancança implica la incapacitat, però la seva presència no significa la capacitat.

5. Les funcions mentals des d'un punt de vista neurològic que no han de tenir un deteriorament més enllà de lleuger o moderat són nombroses: nivell de consciència, percepció d'estímuls, atenció, comprensió del llenguatge, expressió del llenguatge, càlcul, memòria episòdica de fets recents, orientació espacial, praxi constructiva, funcions executives, raonament abstracte,

impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.*
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.*
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.*
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.*
- e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.+*



motivació- autocontrol- introspecció, ideació espontània i afectivitat⁶. Per mesurar l'aparell anterior hi ha un ampli ventall d'aparells com el MEC^{7 8} i el CAMDEX⁹.

6. La capacitat natural (maduresa) i els menors

La consideració del menor com a subjecte de dret titular de drets, especialment els relatius a la personalitat que són els que tenen a veure amb la vida, la salut, la integritat física i psíquica, la llibertat de consciència i l'exercici de la sexualitat, i el reconeixement d'una capacitat progressiva per exercir-los, segons la seva edat i maduresa, es troben àmpliament recolzats per argumentacions de caràcter ètic i psicològic que han tingut el seu correlat en el nostre marc jurídic¹⁰. El substrat de les primeres és una conseqüència tant del pluralisme moral de les nostres societats com del coneixement del desenvolupament moral (essencialment a través de Piaget i Kohlberg).

El raonament d'aparells anteriors (evidenciar la presència de les habilitats assenyalades) també s'ha d'aplicar als menors d'edat i no s'ha de partir del %a priori: sí és menor, és incapaç. La presència d'aquestes habilitats suposa un procés gradual que s'inicia entorn als 12 anys i que, generalment, culmina entre els 16 i 18 anys. La capacitat no és, doncs, un procés de %ot o res+, sinó progressiu. Aquest marge d'edat està reconegut en diverses normes legals: en el Codi Civil al tractar la majoria d'edat (18 anys). També existeixen disposicions específiques com la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica (Parlament de Catalunya) on s'estableix el consentiment a partir dels 16 anys. De la mateixa manera succeeix amb la Llei 41/2002 de 14 de Novembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

Tenint en compte tot l'aparell anteriorment, com a directrius concretes cal tenir en compte el següent:

- A menors per sota dels 12 anys no se'ns ha de considerar capacitats per a la presa de decisions sanitàries, fet que no implica que no se'ns faci partícips, especialment a partir del 7 anys, del procés diagnòstic - terapèutic. En la mateixa situació es trobarien els incapacitats legalment. Aquesta proposta es justifica en què a aquesta edat els menors no tenen les habilitats prèviament ressenyades. Aquells que han de prendre la

⁶ Aquestes són les assenyalades en el Documento Sitges: Capacidad para tomar decisiones en la evolución de una demencia. , que majoritàriament no haurien de tenir més que un deteriorament moderat o lleuger.

⁷ Es la validació espanyola del Mini Mental (MMSE).

⁸ Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, et al. El mini examen cognoscitivo :un %est+ un sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines 1979 ; 7: 189-202.

⁹ Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examinations. És una entrevista diagnòstica estructurada utilitzada per l'estudi de demències en poblacions àmplies.

¹⁰ Entre les normes legals que sustenten aquesta posició es troben en diferents articles del Codi Civil (Títol VII de les relacions paterno-filials), La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero (de Protección Jurídica del Menor), la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família (Art. 155), així com la Constitució Espanyola en el seu article 39.4.



decisió són llavors els seus pares o tutors, tenint en compte que l'interès superior del menor o de l'incapaç ha de ser el principi inspirador de qualsevol decisió que s'efecti i que la potestat parental o tutela són funcions que s'han d'exercir, en interès dels fills o del individu tutelats, d'acord amb llur personalitat i per facilitar-ne el desenvolupament. La consideració del benefici o perjudici s'estableix per consens i en cas de desacord cal recórrer al jutge.

- En el interval entre els 12 i els 16 anys s'ha de valorar la competència intel·lectual i emocional del menor per comprendre l'abast de la concreta intervenció o actuació que s'hagi de realitzar sobre la seva salut, és a dir, cal indagar sobre les habilitats que denoten capacitat, de la mateixa manera que amb els adults i especialment en cas de desacord entre el menor i els pares o tutor.. El resultat negatiu de la valoració sobre la seva capacitat implicaria que les decisions correspondrien als pares/tutors, sense perjudici que s'hauria d'escoltar i tenir en compte l'opinió del menor al respecte.

També cal tenir present el següent:

- L'elecció d'una alternativa per al menor de 16 anys que impliqui unes conseqüències que en el nostre entorn sociocultural s'entenguin com clarament perjudicials (un possible exemple seria el rebuig d'una apendicectomia o d'una transfusió amb la presència de risc vital) s'han de valorar molt prudentment i, com a criteri general, de forma restrictiva. En cas de produir-se aquesta situació cal posar-la en coneixement dels responsables de l'àmbit i realitzar una consulta al Comitè d'Ètica Assistencial.
- Com s'ha indicat anteriorment l'exigència de capacitat natural ha de ser proporcional a la importància o gravetat de la decisió.
- Quan es tracti de menors de setze anys emancipats, o amb setze o més anys i que no siguin incapaços ni incapacitats, el menor haurà de donar personalment el seu consentiment.

En el nostre ordenament legal es pressuposa la capacitat legal per a la presa de decisions sanitàries en els menors a partir dels 16 anys, excloent les decisions relacionades amb els supòsits d'assaigs clínics (encara que a partir dels 12 anys poden decidir no participar o retirar-se), pràctica de tècniques de reproducció humana assistida, donació d'òrgans i teixits, donació de sang, reassignació de sexe, cirurgia merament estètica i atorgament de voluntats anticipades. En el cas de la Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) i segons la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* a les dones de 16 i 17 anys també se'n pressuposa la capacitat per consentir la IVE¹¹.

En la franja de dat entre els 16 i 18 anys s'ha de informar als pares o tutors i l'opinió d'aquests s'ha de tenir en compte per a la presa de decisions

¹¹ En el cas del IVE hi han unes consideracions molt específiques i cal consultar l'apartat que sobre aquest tema figura en la INTRANET (Comitè d'Ètica Assistencial - Consentiments IVE).

corresponent, a criteri del facultatiu, quan la situació sigui de greu risc per a la seva vida o salut.

7. La capacitat i la malaltia mental.

Freqüentment s'identifica incapacitat amb malaltia mental i a l'inrevés. La suposició d'aquest postulat és errònia, ja que no **necessàriament** s'ha de donar aquesta vinculació.

És sabut que la presència de determinades malalties mentals pot alterar la percepció, l'atenció, la memòria i el raonament així com també d'altres habilitats afectives i emocionals. La tasca del professional de Salut Mental consisteix en evidenciar trastorns psicològics i valorar en quina mesura incideixen sobre les habilitats exigides per a la capacitat. Alguns exemples són molt evidents (exemples de malalties mentals que distorsionen la percepció de la realitat com poden ser la psicosi o la dependència alcohòlica).

Cal tenir en compte però que patir una malaltia mental no és sinònim de manca de capacitat per decidir en qualsevol circumstància.

8. Quan, qui i com s'ha de valorar la capacitat

8.1 ¿Quan?

L'avaluació de la capacitat de fet implica els requisits de consciència i absència de risc vital immediat (que impossibiliti, per manca de temps, l'avaluació). Donat que el consentiment requereix sempre de la capacitat de fet suficient, sempre caldrà avaluar-la, tot i que de forma tàcita en la majoria de decisions sobre els problemes sanitaris. Caldrà una avaluació més exigent i registrada a la documentació clínica en algunes situacions. En aquest últim cas, i sense ànim d'exhaustivitat s'identifiquen les següents:

- Quan per a la presa de decisions sanitàries les habilitats anteriorment esmentades siguin deficitàries com a conseqüència de canvis sobtats en l'estat mental. Hi ha exemples molt evidents com les psicosis, les demències o la presència d'alteracions orgàniques agudes com poden ser la hipoxèmia o dolor difícilment controlable.
- També allò que habitualment més ens duu a qüestionar la capacitat és el **rebuig del tractament**¹², sobretot en funció de les seves conseqüències benefici esperat).
- Quan es proposin tractaments de risc elevat i baix benefici.
- Quan s'accepta de forma precipitada un tractament amb riscos importants.

Com a regla general, la participació en projectes d'investigació exigeix un alt grau de capacitat. Per l'assenta't anteriorment, quan existeixin dubtes sobre la consciència, comprensibilitat, etc. que puguin afectar la capacitat del subjecte

¹² Hi ha una Guia específica sobre aquest tema realitzada per CEA.



s'hauria de justificar la seva entrada fent al·lusió a les característiques pròpies de l'objectiu de la investigació.

8.1.1. El ingrés no voluntari: un exemple de rebuig al tractament és el rebuig a l'ingrés quan aquest és un medi necessari per tractar el pacient. És possible distingir dues situacions:

8.1.1.1. Trastorn psíquic: una situació, freqüent en la praxis psiquiàtrica és el rebuig al tractament quan aquest precisa d'un ingrés. En el tractament de malalties psiquiàtriques greus no és infreqüent l'hospitalització del pacient i l'oposició d'aquest pel fet d'estar alterada la seva capacitat per la descompensació psicopatològica. Aquesta situació està expressament regulada en diverses normes legals, tant estatals com autonòmiques.

Tot i tenint en compte l'anterior, en el ingrés de malalts mentals és important valorar la capacitat del pacient tant si accepta com si rebutja l'ingrés, ja que no es capaç, independentment de que accepti o no l'ingrés cal procedir a un ingrés involuntari amb la consegüent notificació judicial.

Les obligacions derivades de les normes anteriors són:

- La necessària autorització judicial prèvia per a l'internament no voluntari, a excepció de la situació d'urgència en què s'ha de sol·licitar en el termini immediat de les 24 hores següents. El mateix criteri regeix per a l'autorització de tractaments, durant el ingrés, que impliquen un perill per a la vida o la integritat física del malalt. El jutge cada dos mesos revisa la situació de la persona, situació de la que s'ha d'informar al jutge periòdicament per part dels facultatius responsables.
- Aquestes obligacions també són vàlides per als menors tot i que estan sotmesos a la pàtria potestat i els incapacitats legalment¹³.

La notificació al jutjat d'aquest tipus de situacions s'ha de realitzar conforme al model que es reproduïx en l'Annex 2.

¹³ LEC Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a TUTELA, requerirá autorización judicial. També la Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família al seu Article 212-4: Internament : L'internament en un establiment especialitzat d'una persona per raó de trastorns psíquics o malalties que puguin afectar la capacitat cognitiva requereix l'autorització judicial prèvia si la seva situació no li permet decidir per si mateixa, qualsevol que en sigui l'edat.



8.1.1.2. Altres situacions: tot i que les normes reproduïdes anteriorment es refereixen a l'àmbit específic del malalt psiquiàtric, també són vàlides per a qualsevol altra situació en què el pacient sigui incapaç de fet (un exemple freqüent poden ser els malalts amb demència) i sigui imprescindible el ingrés motivat en la seva incapacitat de governar-se per si mateix¹⁴. Amb aquesta finalitat s'haurà de comprar el mateix model de comunicació que apareix en l'Annex 1.

A l'Annex 2 es pot veure l'esquema resum adaptat del Procediment per a el ingrés no Voluntari tret de la Recomanació per a el ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives realitzat pel Comitè de Bioètica de Catalunya.

8.2. Qui?

És obligació dels professionals sanitaris fonamentada en el seu deure de preservar l'autonomia i procurar el bé del malalt (evitant que el malalt incapaç es danyi). És convenient fer-ho de forma interdisciplinària, essent una responsabilitat del metge responsable del pacient. És essencial recollir l'opinió de tots aquells professionals que tenen interacció amb el malalt, en especial els professionals d'infermeres per la seva especial proximitat i coneixement dels pacients.

D'acord a les consideracions realitzades en un apartat anterior, el psiquiatre pot col·laborar en valorar si la presència d'una alteració mental interfereix en el funcionament de les habilitats exigides. El mateix passa amb l'especialista en Neurologia. És important reconèixer que l'avaluació de la capacitat no és una responsabilitat, ni una funció exclusiva d'aquests dues especialitats esmentades.

8.3. Com? Qüestionari - guia per avaluar la capacitat

Com s'ha assenyalat en un principi no existeixen criteris, estàndards o protocols consensuats nacional o internacionalment; Tanmateix s'han publicat alguns instruments o procediments que poden ser d'ajuda en la valoració de la capacitat. Hem escollit un dels **-Test MacArthur- T**, donat que és el més referenciat en la bibliografia, per configurar el qüestionari - guia que apareix a l'Annex 3. És necessari, però, abans d'utilitzar aquesta eina llegir el manual (es de el Comitè d'Ètica es pot facilitar), adaptar-la curosament (com l'exemple que apareix) a la situació i decisió concreta i no utilitzar-la com un **%examen+**. És aconsellable demanar a algun membre del Comitè d'Ètica Assistencial ajuda en

¹⁴ Com exemple, cal diferenciar aquí la situació del pacient amb demència avançada, que no es governa per si mateix, però que el motiu d'ingrés és un succés puntual, un procés infecció per exemple per el qual es preveu una temporalitat més o menys curta o no seria necessària aquesta comunicació. Altra situació on cal fer el comunicar seria el mateix malalt però amb el motiu d'ingrés de la pròpia demència davant la impossibilitat de continuar en el seu entorn habitual fins aquells moments.

aquesta tasca. També s'han tingut en compte, de forma especial, algunes consideracions de l'Escala Mòbil de James Drane.

La complementació formal d'aquest qüestionari és **aconsellable per avaluar adequadament la capacitat en les situacions que estigui justificat.**

S'aconsella conservar la valuació realitzada a la història clínica del pacient amb expressa menció de la conclusió en el curs clínic.

9. Què implica una determinació d'incapacitat?

La determinació d'incapacitat no eximeix del procés de consentiment informat i per això cal que el pacient disposi d'un substitut/representant que participarà en els processos de decisió en el seu nom. És molt important la cerca per tal que pugui legítimament donar el consentiment per substitució suplint la voluntat de l'incapaç. (veure apartat 11) i és imprescindible fer-ho constar expressament a la història clínica del pacient des de l'ini del seu procés assistencial.

En cas que existeixi un document de Voluntats Anticipades o un procés de planificació anticipada de les decisions s'ha de respectar el que assenyalin aquests. Cal adjuntar còpia del document a la història clínica del pacient o s'ha de fer constar expressament a la mateixa.

En cas que un pacient sigui incapaç i no disposi de substitut/representant cal comunicar aquest fet a la direcció del centre i a l'autoritat judicial, sense perjudici de seguir atenent al pacient d'acord al criteri de millor interès.

10. Quan s'ha de recomanar la incapacitació legal?

El procés d'incapacitació legal pressuposa que les condicions d'incapacitat es perllongaran durant un llarg període de temps, en la majoria d'ocasions indefinidament. Existeixen algunes malalties (demències, per exemple) que en algun moment de la seva evolució generen una incapacitat del pacient per a la presa de decisions d'aquest tipus. Si concorren aquestes circumstàncies s'ha de animar la família a iniciar un procés d'incapacitació legal. Cal tenir en compte que el procés pot ser llarg, fet que s'ha de ponderar juntament amb el pronòstic del pacient. Mentre no existeixi una declaració judicial d'incapacitat ha d'existir una valuació de la capacitat de forma expressa en la història clínica assenyalant qui és la persona legitimada per prendre les decisions sanitàries en substitució del pacient. Serà necessari comunicar-ho al Jutge sol·licitant un tutor o defensor judicial. Mentrestant, si no existeix família (en sentit extens, persona que l'hagi cuidat, que convivia amb ell/a, etc.), el responsable d'aquesta àrea actuarà com a guardador de fet.

Un document intern, acompanyat del formulari per a la valuació de la capacitat, ha de ratificar aquesta decisió. Per iniciar el procés d'incapacitació legal i/o mentre aquest procés es concreti, s'han de seguir els mateixos criteris assenyalats en el paràgraf anterior.



11. Les decisions de representació.

Una vegada que s'ha determinat que el pacient és incapaç s'ha de prendre en les denominades "decisions de representació". Per tot això:

a) El primer criteri a utilitzar és el de respectar la voluntat del propi pacient. Aquesta voluntat pot estar registrada o manifestada de diferents formes. La més pròpia és aquella que es realitza a través del document de voluntats anticipades (DVA) i/o un procés de planificació anticipada (també pot tenir un DVA), ja sigui indicant quina és la voluntat més específica del pacient en problemes de salut concrets i/o designant un representant.

b) Si no és possible utilitzar el criteri anterior, el segon criteri és acudir a la persona que ha de suplir la manca de capacitat del pacient ¹⁵. Aquest, lògicament hauria de ser aquell que millor conegui els desitjos i valors del pacient. Aquest raonament ens porta a identificar en els familiars, de forma habitual, a aquests representants. Així és possible respectar la línia de parentesc (d'acord a la nostra legalitat vigent) tot i que aquest no ha de ser un criteri absolut.

c) Si no és possible acudir als dos criteris anteriors, cal intentar determinar els millors interessos del pacient mitjançant un judici intersubjectiu dels professionals que el cuiden i s'enfronten a aquesta situació. Per assegurar les màximes garanties d'aquest procés s'ha de realitzar amb consulta al Comitè d'Ètica Assistencial, preferentment en decisions que puguin tenir com conseqüència potencial o certa un previsible escurçament de la supervivència o de la qualitat de vida de la persona incapaç. Aquest procediment tractarà de determinar quines alternatives de tractament beneficien més el pacient.

L'ordre d'utilització d'aquests criteris és jeràrquic, és a dir, s'ha d'utilitzar en primer lloc el primer, si no és possible s'ha de prendre el segon i així successivament. També poden donar-se situacions on ens puguem qüestionar algun dels criteris anteriors. Algunes d'aquestes situacions són les següents:

- Quan es determina que les famílies (en sentit extens del representant del pacient) no estan qualificades per decidir. Alguns arguments per justificar aquesta posició podrien ser els següents: situacions prèvies conegudes d'abusos o danys cap al substituït quan pugui existir un conflicte d'interessos que pugui perjudicar el pacient o que els representants siguin incapaços.
- Quan les decisions tenen conseqüències molt importants. Per exemple quan impliquen un escurçament de la vida que pot ser evitat o que

¹⁵ Els documents d'Autotutela i d'Apoderament, són menys freqüents a l'àmbit de les decisions sanitàries. Amb l'Autotutela, també denominada Delació Voluntària de la Tutela, es permet designar davant de notari, en un document públic, a aquella persona (física o jurídica) sense ànim de lucre que un voldria que fos el seu tutor, en cas de que en un futur, fos declarat incapaç. La funció de l'Apoderament és el negoci jurídic per el qual una persona concedeix a altre el poder d'actuar en el seu nom, assenyalant allò que pot o no pot realitzar.



ocasionen pèrdues significatives de funcions fisiològiques o psicològiques.

- Quan la decisió va en contra de la bona pràctica assistencial (indicacions) del tractament).
- Quan la decisió del representant no és coherent amb els desitjos coneguts del pacient.

En aquestes situacions cal insistir en esgotar el diàleg i la comunicació amb la persona que està facultat per prendre la decisió, la consulta a professionals especialitzats i les sessions de treball en equip per trobar un acord que determini el millor interès pel pacient. Si l'acord no és possible, és recomanable consultar amb el Comitè d'Ètica Assistencial.

12. Pla de revisió, seguiment, actualització i indicadors.

Hi ha una actualització d'aquesta Guia prevista aquí a quatre anys.

Els indicadors previstos són els següents:

a) De difusió del document :

- Comitè de Direcció de l'Hospital de Sabadell i Direccions Clíniques.
 - Comitè de Direcció de Centre Albada.
 - Comitè de Direcció de JDIAT.
 - Comitè de Direcció d'Atenció Primària %Can Rull+.
 - Direcció Sabadell Gen Gran

b) De formació:

- Utilització del document en la formació institucional sobre bioètica realitzada a la CSPT.

c) D'utilització:

S'ha inclòs en el model de documentació d'alta voluntària un esment a la valoració de la capacitat, doncs és una situació de rebuig de tractament..

13.Referències bibliogràfiques

- Alvarez Marrodan I, et al. Validacion española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento.MedClin(Barc).2013.
- Álvaro LC. Competencia:conceptos generales y aplicación en la demencia.Neurología.2012;27(5):290- 300
- Appelbaum PS, Roth LH. Competency to consent to research: a psychiatric overview. Arch Gen Psychiatry 1982; 29 :951-8.
- Appelbaum PS, Roth LH. Patients who refuse treatment in medical hospitals.JAMA 1983;250:1296-301.
- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patientsq capacities to consent to treatment.N Engl J Med 1988;319:1635-8.
- Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study I. Law and Human Behavior. 1995 ;19(2) : 102-126.
- Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study II. Law and Human Behavior. 1995; 19(2): 127-148.
- Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study III. Law and Human Behavior. 1995; 19(2) : 149-173.
- Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T : A clinical tool to assess patientsq capacities to make treatment Psychiatr Serv.1997; 48: 1415-1419.
- Appelbaum, P.S., Grisso, T., Frank, E., O'Donnell, S., & Kupfer, D.J.) Competence of depressed patients for consent to research. American Journal of Psychiatry 1999; 156:1380-1384.
- Appelbaum, P.S. Assessment of Patientsq Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med 2007;357:1834-40.
- Breden TM, Vollman J. The cognitive based approach of capacity assessment in Psychiatry: A philosophical critique of the MACCAT-T. Health Care Analysis. Vol 12. No.4. December 2004
- Buchanan AE.; Brock DW. Deciding for others. The ethics of surrogate decision making. ed. Cambridge University Press. 1989 New York.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona. Generalitat de Catalunya. 1997.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions per a l'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives. Març de 2002 .
- Comitè de Bioètica de Catalunya. La persona menor d'edat i les decisions sobre la salut. . Març de 2002 . Es pot consultar : <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2851/info8julio12009.pdf>.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. "L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades. Es pot consultar a : <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2161/ingres.pdf>.
- Christopher E,Douglas B, Amy P. A Universal Decision Support System Addressing the Decision-Making Needs of Patients, Families, and Clinicians in the Setting of Critical Illness.American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 190 Number 4 | August 15 2014



- Boada M y Robles A. (ed). Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Es pot consultar a : http://www.sen.es/pdf/2009/documento_sitges.pdf
- Dastidar JG, MD, Odden A. How Do I Determine if My Patient has Decision-Making Capacity?. En <http://www.the-hospitalist.org/article/how-do-i-determine-if-my-patient-has-decision-making-capacity/3/> (consultat el 8/4/2015)
- Drane JF. The many faces of competency. Hastings Cent Rep nº de abril de 1985 pp. 17-21 (traducido en Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. Editat per Couceiro A. Bioética para clínicos. ed. Triacastela 1999 Madrid. Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. ed. Desclée de Brouwer, 1992 Bilbao.
- Dunn LB et al. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment : A review of instruments. Am J Psychiatry 2006; 163(8) : 1323-1332.
- Dunlop , Sorinmade O. Embedding the Mental Capacity Act 2005 in clinical practice: an audit review. Psychiatric Bulletin (2014), 38, 291-293
- Emanuel EJ.; Emanuel LL. Four models of the patient . physician relationship. nº267 pp. 2221-2226 JAMA 1992 (traducido en Emanuel EJ.;
- Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico . paciente. Editat per Couceiro A. Bioética para clínicos ed. Triacastela Madrid 1999.
- Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cogntive state of patients for the clinicians. J. Psych. Res. 1975; 12 (3):189-198.
- Gracia D, Jarabo Y , Martín Espildora N, Rios J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med. Clínica 2002 ; 117 : 179-190.
- Grisso T.; Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and others health professionals. ed. Oxford University Press 1998 New York.
- Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotohui C. The MacCAT-T : A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. Psychiatric Services 1997; 48:1415-1419.
- Hindmarch T, Hotopf M, Owen GS. Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. BMC Medical Ethics 2013,14:54
- Irastorza LJ, Corujo P, Bañuelos P. Competencia para votar en pacientes con demencia. Rev Neurol 2007; 44 (6) : 321-325.
- Lamont S, Jeon YH, Chiarella M. Assessing patient capacity to consent to treatment: an integrative review of instruments and tools. J Clin Nurs. 2013 Sep;22(17-18):2387-403.
- Ley 21/2001 de 29 de diciembre sobre los derechos de información concniente a la salud y la autonomía del paciente y a la documentación clínica. DOGC 3303 (11 de enero de 2001) pp. 464-467.
- 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. BOE nº 274 de 15 de Noviembre de 2002. 40126-40132.





- Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Parlamento de Andalucía
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, et al. El mini examen cognoscitivo :un test+ un sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines 1979 ; 7: 189-202
- Moraleda S et al . Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE) , para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. Atención Primaria 2015;47(3):149---157
- Moye J et al. Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment. Clinical implications and research needs. Psychology Review 2006 ; 26: 1054-1077.
- Moye, Jennifer; Karel, Michele J; Azar, Armin R; Gurrera, Ronald J. Capacity to consent to treatment: empirical comparison of three instruments in older adults with and without dementia. The Gerontologist 2004 ; 44(2)
- Parmar j, Brémault-Phillips S, Charles, L .The Development and Implementation of a Decision-Making Capacity Assessment Model 15 CANADIAN GERIATRICS JOURNAL. 2015 (18) ISSUE 1.
- Pérez . Delgado E; García-Ros R; compiladores La psicología del desarrollo moral. Ed. Siglo XXI ,1991 Madrid.
- Pérez-Delgado E. Psicología, ética, religión. ed. Siglo XXI, 1995 Madrid.
- Raymont V, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely, Hotopf M. The inter-rater reliability of mental capacity assessments 2007 ; 30 : 112-17.
- Roth L, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent treatment . Am L. Psychiatry 1977; 134 (3) : 279-284.
- Simón Lorda P.; Concheiro Carro L. %El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II)+ Medicina Clínica nº 100 pp. 659-663 y nº101 pp. 174-182. 1993.
- Simón Lorda P.; Barrio Cantalejo I. %La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico.+Revista española de pediatría. nº 57 pp. 107-118. 1997.
- Simón Lorda P. %El consentimiento informado.+ Ed. Triacastela , 2000 Madrid.
- Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clínica 2001 ; 117 : 419-426.
- Sturman ED. The capacity to treatment and research: A review to standardized assessment tools. Clinical Psychology Review 2005; 25: 954-974.
- Sessums L, Zembruska H, Jackson J.. Does This Patient Have Medical Decision-Making Capacity?. JAMA. 2011;306(4):420-427
- Simón P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones : una tarea todavía pendiente. Fundación Grífols. Barcelona 2006. Se puede acceder a través de http://www.fundaciongrifols.org/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile_uuid_20786/cuaderno14.pdf.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu

Comitè d'Ètica Assistencial



- JHC. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Chrochane Collaboration. 2014
- Tejedor Torres JC; Crespo Hervás D; Niño Ráez E. %Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente.+ Medicina Clínica nº111 pp. 105-111. 1998.
 - Ventura T et al. La evaluación de la capacidad y sus problemas EIDON, nº 41 junio 2014, 41:12-27.

Annex 1 : Model de comunicació al jutjat d'ingrés no voluntari / voluntari

<p>Corporació Parc Taulí</p>  	Identificació del pacient
--	---------------------------

Comunicat Jutjat

El facultatiu _____ amb número de Col·legiat _____, en funcions de metge de guàrdia de la Unitat de Salut Mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, per tal de complir amb allò que estableix l'article 763 de la *Ley de Enjuiciamiento Civil* al Jutjat de Guàrdia de Sabadell. **Comunica:**

Que el malalt, les dades del qual consten a la part superior d'aquest escrit i que presenta importants limitacions pel que fa a la seva capacitat de discerniment, ha estat **Hospitalitzat amb caràcter urgent** per presentar el següent quadre clínic:

Signat

En _____ amb DNI _____
com a ⁽¹⁾ _____ del malalt indicat, mostra la seva conformitat amb l'hospitalització així com amb la present comunicació judicial.

Signat

⁽¹⁾ Grau de parentiu



C-8694/2

Per entregar al Jutjat



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari
Salut Mental

Parc Taulí, 1
08208 Sabadell (Barcelona)
Telèfon 93 723 10 10 Fax 93 745 83 50

Identificació del pacient

Comunicat al jutjat de guàrdia de Sabadell i Decanat

El facultatiu _____
amb número de col·legiat _____, en funcions de metge de la Unitat d'hospitalització de Salut
Mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, en compliment del que estableix l'article 763 de la ley de
Enjuiciamiento Civil,

Comunica:

Que el malalt, les dades del qual consten a la part superior d'aquest escrit ja **no presenta** importants limitacions pel
que fa la seva capacitat de discerniment i que compren i **accepta l'ingrés**. Per tant, el seu ingrés passa a ser voluntari a
partir d'avui

Signat

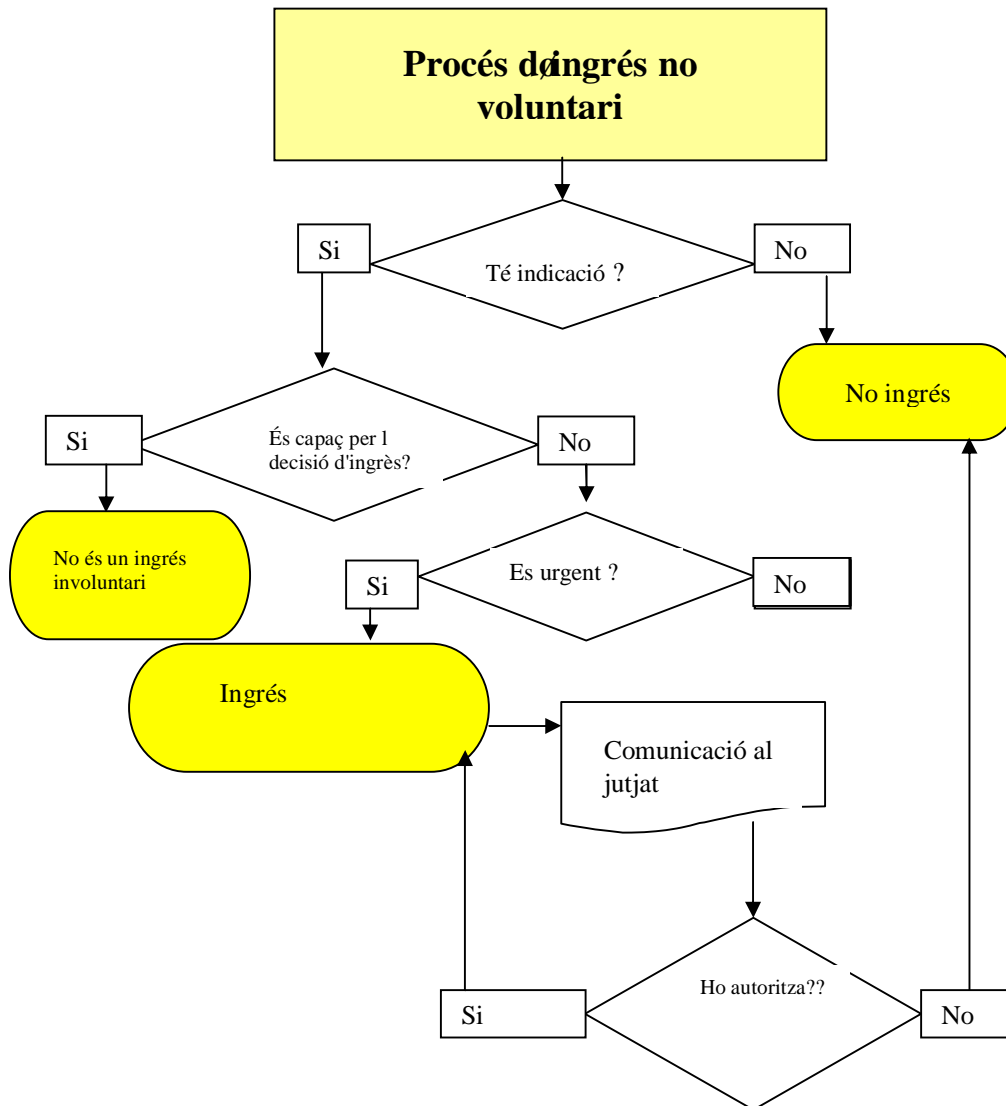
En _____ amb DNI _____
mostra la seva conformitat amb l'hospitalització així com amb la present comunicació judicial.

Signat



Original pel jutjat

Annex 2: Procediment per el ingrés no voluntari



**Annex 3 : Formulari per al registre d'avaluació de la capacitat**

El formulari que figura a continuació només és un exemple que per facilitar la seva comprensió i està adaptat a una decisió concreta: el fer tractament de diàlisi. En cada cas cal adequar, el contingut de les diverses qüestions per valorar la capacitat de la decisió a prendre.

FORMULARI DE REGISTRE Mac-CAT-T(Diàlisi)

Pacient: _____ Avaluador _____

Comprensió de la malaltia

Informació donada al pacient: Ara, per favor expliqui amb les seves paraules el que li hem informat sobre la seva malaltia+

(Comprovi, si és necessari: torni a informar i preguntar).

Ajuda:

Puntuació 2: Diu textualment o molt aproximadament assenyalat en cada apartat.

Puntuació 1: El que expressa el pacient senteix o s'aproxima una mica a assenyalat en cada apartat.

Puntuació 0: No ho diu

Poden existir altres característiques igual de rellevants, en aquest cas cal anotar-les.

Informació	Resposta del pacient
1. Diagnòstic	Insuficiència renal en grau avançat, no funcionen els ronyons. (0__1__2)
2. Característiques de la malaltia	Al no funcionar el ronyons no es neteja o depura bé la sang +(filtrar toxines,ò)+(0__1__2)
3. Característiques de la malaltia	Falta de control de la quantitat de líquids que el cos necessita (0__1__2)
4. Característiques de la malaltia	Falta de control de regulació d'algunes hormones. O control de la pressió sanguínia (0__1__2)
5. Curs de la malaltia	Si no se realitza tractament condueix a la mort (0__1__2)

Suma Comprensió de la malaltia(1+2+3+4+5) : ___ / 5 (nº ítems) _____
(traslladar aquesta xifra a l'apartat A del full resum de puntuació)

Apreciació de la Malaltia

Pregunta: El seu metge considera que aquest _____ és el problema que vostè pateix. Si té algun dubte me'n agradaria que ens ho digui, ¿quina és la seva opinió?

Acord __ (punt. 2) Desacord __ (punt. 0) Ambivalent __ (punt. 1)

Si el pacient està en desacord o ambivalent descriu el que diu el pacient.

Explicació de l'avaluador

Valoració apreciació malaltia

(traslladar aquesta xifra a l'apartat E del full resum de puntuació)



Comprensió del tractament

Pregunta: Per favor, digui el que li hem explicat sobre el tractament.

Comprovi, si és necessari: torni a informar i preguntar.

Ajuda:

Puntuació 2: Diu textualment o molt aproximadament l'assenyalat en cada apartat.

Puntuació 1: El que expressa el pacient sentiu o sent aproximadament una mica l'assenyalat en cada apartat.

Puntuació 0: No ho diu

Poden existir altres característiques igual de rellevants, en aquest cas cal anotar-les.

Informació	Resposta del pacient
1. Nom del tractament	Hemodiàlisi o diàlisi o diàlisi peritoneal. (0__1__2)
2. Característiques del tractament.	- És un tractament (malaltia crònica) de per vida a no ser que es faci un trasplantament (0__1__2)
3. Característiques del tractament.	Diàlisis: fer passar la sang a través d'un filtre d'una màquina- ronyó artificial- Diàlisi Peritoneal: a través del peritoneu (folre de la cavitat abdominal es fa passar un líquid que filtra la sangs), manualment o mitjançant una màquina.(0__1__2)
4. Característiques del tractament.	Hemodiàlisi (3/4 vegades per setmana amb una durada de 3-4 per sessió). Diàlisi peritoneal: si és manual tres o quatre vegades per dia i es fa amb una màquina només per la nit. (0__1__2)
5. Característiques del tractament.	Hemodiàlisi: és necessària una petita intervenció quirúrgica per unir la vena i l'artèria. Diàlisi peritoneal: Es realitza al domicili o residència del pacient. (0__1__2)
Suma Comprensió de la malaltia(1+2+3+4+5) : ___ / 5 (nº ítems) _____ (traslladar aquesta xifra a l'apartat B del full resum de puntuació)	
<u>Altres:</u> <u>Explicació de l'avaluador</u>	



Comprensi3n de riscos i beneficis

Pregunta: Ara, per favor, expliqui amb les seves paraules el que li hem dit sobre els beneficis i riscos/molèsties del tractament+

(comprovi, si és necessari: torni a informar i preguntar)

Ajuda:

Puntuaci3n 2: Diu textualment o molt aproximadament assenyalat en cada apartat.

Puntuaci3n 1: El que expressa el pacient s'aproxima una mica a assenyalat en cada apartat.

Puntuaci3n 0: No ho diu

Poden existir altres característiques igual de rellevants, en aquest cas cal anotar-les.

Informaci3n	Resposta del pacient
1. Benefici	- Prolongaci3n de la vida, realitzar vida normal+, augmentar la qualitat de vida. (0__1__2)
2. Benefici	- Evitar o disminuir els símptomes o signes de la malaltia (control líquids, etc.) (0__1__2)
3. Risc	Hemodiàlisi: - Dolor en els punts de puncci3n. - Mareigs i/o nàusees i/o rampes Diàlisi Peritoneal: - Dolor abdominal - Distensi3n abdominal, digestions pesades. (0__1__2)
4. Risc	Hemodiàlisi: - Alteracions del ritme cardíac Diàlisi Peritoneal: - Infecci3ns líquid abdominal (peritonitis) - (0__1__2)
Suma Riscos i Beneficis (1+2+3+4+) : ___ / 4 (nº ítems) _____	
(traslladar aquesta xifra a l'apartat C del full resum de puntuaci3n)	



Apreciació del tractament

Pregunta: Ara, vostè pot decidir si desitja aquest tractament (hemodiàlisi, diàlisi peritoneal o no tractament), però deixò parlarem més tard. ¿Creu que aquest tractament li pot beneficiar?

Acord __ (punt 2) Desacord__ (punt 0) Ambivalent__ (punt 1)

Comprovi: ¿Creu que aquest tractament li pot ajudar? Expliqui-ho **Què** li fa pensar que aquest tractament pot ser beneficiós per vostè?+

Explicació de l'avaluador :

Valoració apreciació tractament

(traslladar aquesta xifra a l'apartat F del full resum de puntuació)

Elecció i raonament

Primera elecció

Elecció: Ara anem a revisar la/les eleccions que vostè ha fet. La (hemodiàlisi o diàlisi peritoneal o no tractament) ¿és la millor per vostè? ¿És la que prefereix?+

Elecció: _____

Raonament

Pregunta: Creu que (nom de l'elecció feta per el pacient) deu ser la millor opció. Digui-nos el que li fa considerar-la millor que la resta+

(Comprovi: Dialogui les explicacions per tal d'explorar el procés de raonament.)

Ajuda:

Conseqüencial: Expressió de dues conseqüències per justificar la seva elecció (puntuació 2) que en gran mesura han de coincidir amb les riscos/beneficis. Una conseqüència (puntuació 1)

Comparatiu: Expressió d'una afirmació en base a una comparació entre dues opcions (puntuació 2) Í Ex: Hemodiàlisi és millor perquè jo tinc por a fer-lo jo mateix Í Si compara, però sense conseqüències (puntuació 1) Ex: Prefereixo l'hemodiàlisi.

Explicació del avaluador

Valoració Raonament Conseqüencial

(traslladar aquesta xifra a l'apartat H del full resum de puntuació)

Valoració Raonament Comparatiu

(traslladar aquesta xifra a l'apartat I del full resum de puntuació)



Generació de conseqüències

Pregunta -1: ¿Li he informat sobre els possibles riscos i beneficis de (nom del tractament que vol el pacient). ¿Com creu que aquesta elecció li pot afectar en les seves activitats diàries, a casa, al treball o en els seus valors personals o religiosos?+

Ajuda:

Puntuació 2 : Ha deassenyalar les 2 conseqüències identificades més avall (o altres d'igual importància)

Puntuació 1 : Ha deassenyalar 1 de les conseqüències identificades més avall (o altres d'igual importància)

Conseqüències :

- Limitació funcional per tenir que accedir a les sessions (HD, 3 o 4 vegades a la setmana) o realitzar el tractament (DP, 6 canvis en un dia).
- Incomoditats pròpies de la realització del tractament (dolor, punciones, infecciones, cansament, etc).

Explicació de l'avaluador

Valoració Generació de conseqüències

(traslladar aquesta xifra a l'apartat J del full resum de puntuació)

Expressant una elecció

Pregunta: ¿Quan varem començar aquesta discussió, vostè va parlar favorablement (decisió en un principi del pacient). ¿Què es el que pensa ara que ho hem parlat? Ara, ¿quin tractament elegiria?+

Ajuda:

Puntuació 2: anomena una elecció o indica el desig de disposar d'un professional o una persona responsable alhora de fer l'elecció.

Puntuació 1: anomena dues o tres opcions, sembla ambivalent.

Puntuació 0: no anomena cap elecció.

Explicació de l'avaluador

Valoració Expressant una Elecció final

(traslladar aquesta xifra a l'apartat M del full resum de puntuació)

Consistència lògica de l'elecció

Ajuda:

Puntuació 2: l'elecció final segueix un procés lògic en funció de l'anomenada en el raonament Conseqüencial, comparatiu i generació de conseqüències.

Puntuació 1: No està clar

Puntuació 0 : No hi ha consistència lògica

Explicació del avaluador

Valoració de la consistència lògica de l'elecció

(traslladar aquesta xifra a l'apartat K del full resum de puntuació)

Resum puntuació total MacCAT-T

Comprensió	Suma de Puntuacions	÷	Número de ítems	Puntuació Subtotal
Malaltia		÷		A
Tractament		÷		B
Beneficis/Riscos		÷		C
Puntuació Total de Comprensió (0-6)				D= A+B+C
Apreciació				
Malaltia				E
Tractament				F
Puntuació Total d'Apreciació (0-4)				G= E+F
Raonament				
Conseqüencial				H
Comparatiu				I
Generació de Conseqüències				J
Consistència Lògica				K
Puntuació Total de Raonament (0-8)				L = H+I+J+K
Puntuació Expressant una Elecció (0-2)				M
Puntuació Total				D+G+L+M

Comitè d'Ètica Assistencial



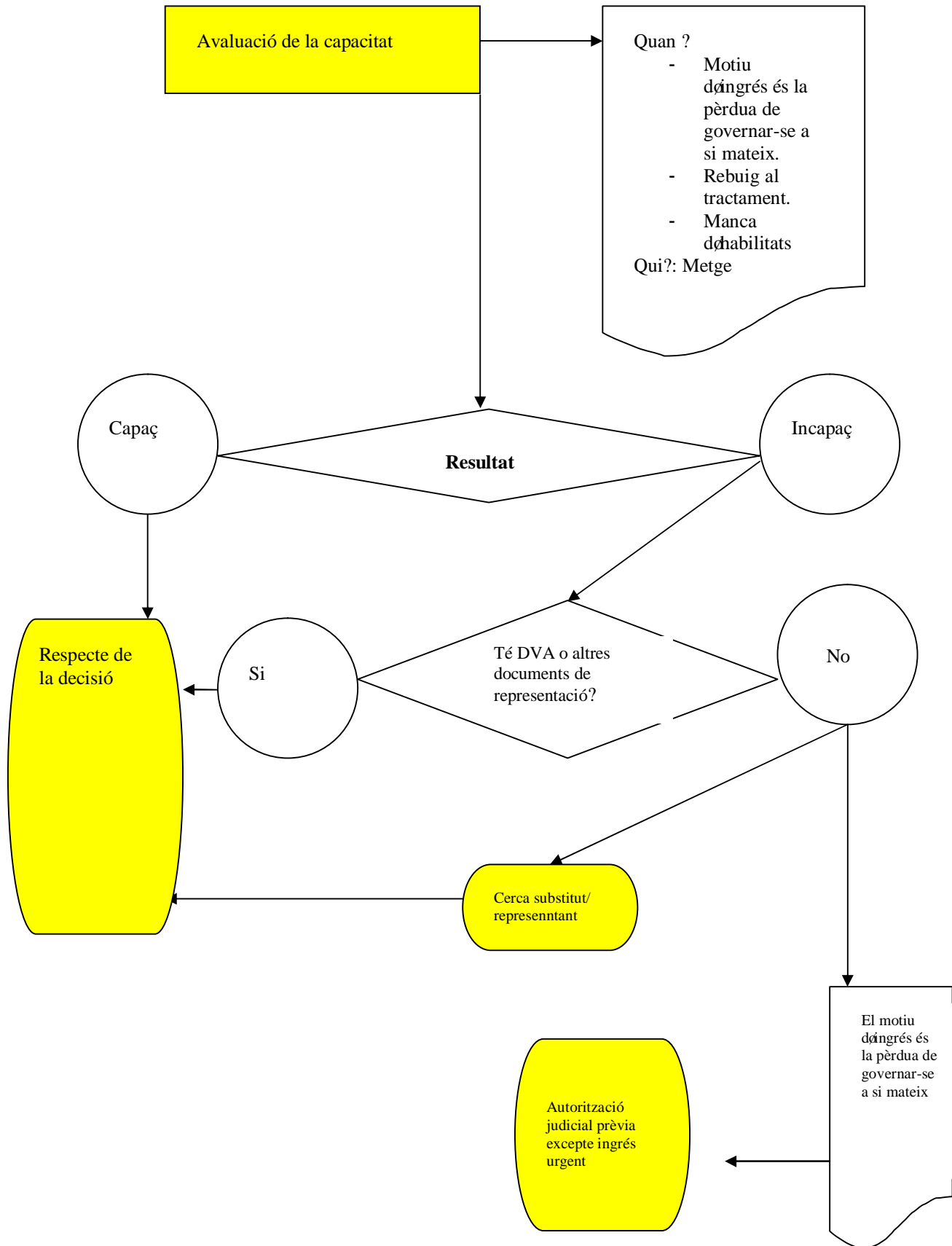
Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari

Una vegada realitzades les qüestions anteriors cal respondre a la qüestió de si és capaç o no el pacient per a la presa de decisió concreta. Aquesta decisió s'ha de realitzar de forma deliberativa per part dels professionals que cuiden el pacient (en sessió clínica per exemple).

En el moment de realitzar aquesta avaluació cal tenir en compte la importància de la decisió, la qual es pot calibrar en funció de les conseqüències, d'acord a la regla següent: a majors beneficis esperats i menors riscos, l'exigència de capacitat ha de ser menor. El següent quadre pot ser explicatiu al respecte (extret de J. Drane).

Nivell de capacitat	Baix	Mig	Alt
Tipus de decisió			
Consentir	Tractament eficaç per malaltia aguda. Benefici alt i risc baix. Alternatives limitades. Trastorn greu, patiment intens, amenaça vital immediata.	Malaltia crònica /diagnòstic dubtós. Malaltia aguda amb tractament de resultat incert. Equilibri entre riscos i beneficis.	Tractament incert (que no existeixin evidències de la seva eficàcia)
Rebuig	Tractament incert, que no existeixin evidències de la seva eficàcia.	Malaltia crònica /diagnòstic dubtós. Malaltia aguda amb tractament de resultat incert. Equilibri entre riscos i beneficis.	Tractament eficaç per a malaltia aguda. Diagnòstic cert. Benefici alt/ Risc baix. Alternatives limitades. Trastorn greu, patiment intens, amenaça vital immediata.

Annex 4: Esquema resum



Agraïments

A tots els que han col·laborat en la seva realització, de forma especial als revisors externs.

ⁱ El que apareix és el resultat d'un projecte d'investigació (Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T : herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias) becat en la Convocatòria de Beques Grífols de Bioètica 2008 i portat a terme per diferents professionals de fora i dintre de la CSPT.
La utilització del MacCAT-T precisa d'un ensinistrament i lectura del seu Manual per la qual cosa es aconsella contactar amb el Comitè d'Ètica Assistencial