



Wyoming
Medical Center

Mis elecciones

Guía de planificación anticipada
para las decisiones sobre la atención
médica y los últimos días de su vida



Mis elecciones

Guía de planificación anticipada para las decisiones sobre la atención médica y los últimos días de su vida

“MIS ELECCIONES” se diseñaron para ayudarles, a usted y a sus seres queridos, a planificar su atención médica futura en caso de que usted no pudiera hablar por sí mismo. Incluye documentos legales que le ayudarán a comunicar sus elecciones a familiares y profesionales de atención médica.

También encontrará más información sobre estos documentos de disposiciones anticipadas:

- Poder de representación específico para cuestiones de atención médica
- Instrucciones para la atención médica (testamento en vida)
- Instrucciones para los proveedores respecto de los tratamientos para mantener la vida (POLST)

Contenido

Acerca de las disposiciones anticipadas	2
Preguntas frecuentes	3
Instrucciones para completar los documentos de la disposición anticipada	6
Glosario	9
Documento para preparar un poder de representación específico o Instrucciones para la atención médica (testamento en vida)	12

Acerca de las disposiciones anticipadas

La tecnología actual ha avanzado lo suficiente como para poder mantener con vida casi indefinidamente a pacientes con poca o ninguna esperanza de recuperación. Es más importante que nunca planificar con anticipación el tipo de cuidados que desearía recibir en situaciones críticas.

Si usted estuviera en coma, ¿quién tomaría las decisiones sobre su atención médica? ¿Quién decide hasta cuando?

Usted es quien debería decidirlo.

La planificación anticipada garantiza que sea usted mismo quien continúe tomando las decisiones sobre su atención médica. Si, por cualquier motivo, se enfermara de gravedad y no pudiera hablar por sí mismo, las disposiciones anticipadas le permiten indicar qué decisiones deberán tomar otras personas en su nombre. Las disposiciones anticipadas pueden establecerse mediante conversaciones informales con sus familiares o con documentos legales que usted firme delante de testigos.

Este manual le ayudará a hablar con sus familiares y con su médico sobre cómo desea que le traten si se enfermara de gravedad. También proporcionamos documentos legales que le ayudarán a redactar sus elecciones. Puede incluir estos documentos en su historia clínica y entregar copias a sus familiares. También debe revisar sus deseos con su proveedor de atención médica.

La planificación anticipada de su atención médica podría ayudar a sus familiares en los momentos difíciles. Los protegería de tener que hacer elecciones difíciles sin saber qué es lo que usted desea. Muchas familias nos comentan que estas conversaciones y estos documentos son de gran valor cuando deben tomarse decisiones difíciles.

Preguntas frecuentes

¿Por qué necesito una disposición anticipada?

Preparar una disposición anticipada le permitirá hacer oír su voz respecto de decisiones sobre su atención médica cuando esté inconsciente o demasiado enfermo como para comunicarse. Al usar su disposición anticipada como guía, sus familiares y profesionales de atención médica comprenderán con mejor cómo desea que se proceda y se ahorrarán el estrés adicional de tener que tomar decisiones críticas por usted sin que usted orientarlos.

¿Qué es una disposición anticipada?

Una disposición anticipada es un término general que se refiere a sus instrucciones orales y escritas respecto de su atención médica futura en caso de que usted no pudiera hablar por sí mismo.

En este manual le proporcionamos información sobre tres tipos diferentes de disposiciones anticipadas.

- 1) Poder de representación específico para cuestiones de atención médica
- 2) Instrucciones para la atención médica (testamento en vida)
- 3) Instrucciones para los proveedores respecto de los tratamientos para mantener la vida (POLST)

Los formularios le permitirán preparar un poder de representación específico para cuestiones de atención médica y un testamento en vida. También se incluye información específica sobre cómo completar el formulario POLST.

¿Qué es un poder de representación específico para cuestiones de atención médica?

Un poder de representación específico para cuestiones de atención médica le permite elegir un agente para la atención médica, o sea, otra persona que tomará las decisiones respecto de la atención médica en su nombre si no puede tomarlas usted mismo. Es posible que se llame a esta persona durante cualquier episodio de enfermedad en el que usted no pudiera hablar por sí mismo. Esto podría incluir una enfermedad de la que se esperara que usted se recuperara y recuperara su capacidad para comunicarse.

¿Qué es un testamento en vida?

En Wyoming, el “testamento en vida” se conoce como “Instrucciones para la atención médica”. Estas instrucciones les indican a su médico y a sus familiares qué elecciones haría usted si contrajera una enfermedad o tuviera una lesión que no pudiera curarse y, en última instancia, le causara la muerte. Pueden incluir instrucciones específicas acerca del empleo de tratamientos para mantener la vida. Las instrucciones pueden orientar a su cónyuge, sus familiares o al agente a quien se le asignó el poder de representación, si es que eligió uno.

¿Quién puede hacer una disposición anticipada?

Recomendamos a todas las personas de 18 años o más a preparar una disposición anticipada. La planificación anticipada de la atención médica ayuda a familiares y profesionales de atención médica a saber de qué manera usted querría que se le tratara si no pudiera hablar por sí mismo.

¿Necesito un abogado para preparar una disposición anticipada?

No necesita un abogado para preparar una disposición anticipada. Si se les firma adecuadamente en presencia de testigos, los documentos de disposición anticipada que se incluyen con este manual son legales. Sin embargo, el asesoramiento legal es recomendable y sería conveniente asegurarse de que su abogado reciba copias.

¿A quién debo comunicar mi disposición anticipada?

Asegúrese de que su médico y sus familiares sepan cuáles son sus elecciones. Hable sobre sus elecciones con sus familiares, amigos íntimos y con otras personas que se preocupan por usted. Asegúrese de entregar copias de sus documentos de disposición anticipada a aquellas personas que probablemente estarán cerca de usted si quedara incapacitado.

El médico, ¿respetará mi disposición anticipada?

Desde el punto de vista del ejercicio de su profesión, la ética del médico puede hacer que le resulte difícil respetar la disposición anticipada. La fase crítica de una enfermedad representa un momento difícil tanto para los médicos como para los pacientes y sus familias, pero las cortes han establecido que la disposición anticipada debe prevalecer. La comunicación previa con su médico y con sus familiares puede ayudar a evitar conflictos.

La disposición anticipada es como un contrato entre usted y su médico. Asegúrese de dedicarle tiempo a hablar sobre sus elecciones con el médico y de estar satisfecho con lo acordado. Si deja constancia de sus elecciones por escrito, reducirá las posibilidades de controversia y malentendidos en los últimos momentos de su vida. Además, hablar estos temas con el médico y sus familiares más de una vez es una buena forma de reforzar y aclarar sus decisiones.

¿Necesito tener un poder de representación específico e instrucciones para la atención médica?

No. Algunas personas se sienten satisfechas al elegir a alguien en quien confían para que hable por ellos en cualquier situación relacionada con la atención médica y solo establecen un poder de representación.

Otras dejan información específica sobre qué atención médica desean recibir durante los últimos días de sus vidas en las Instrucciones para que nadie tenga que tomar ese tipo de decisiones.

Hay también quienes tienen ambos documentos, el poder de representación y las instrucciones. Nosotros le proporcionamos un solo formulario para que elija una de estas opciones o ambas.

¿Qué es un formulario POLST?

Este formulario informa sus deseos al personal de emergencias médicas. Cualquier persona puede llenar un formulario POLST. Sin embargo, con mucha frecuencia se ofrece a las personas que tienen una condición médica crónica progresiva.

¿Qué hay de la donación de órganos?

La donación de órganos es una decisión importante en el final de la vida.

Todo el mundo puede donar órganos o tejidos: no hay límite de edad ni requisitos físicos. La aptitud médica se determina en el momento de la muerte. Hacerse un donante nunca afectará la calidad de la atención médica que reciba. Antes de considerar la donación, se harán todos los esfuerzos posibles para salvar su vida. Si le preocupan los gastos, recuerde que la familia del donante no paga por el costo de la donación. El receptor es quien se hace cargo de todos los gastos.

El trasplante de órganos salva vidas. Cada día 60 personas reciben un trasplante, pero otras 15 mueren porque no hay suficientes órganos disponibles. Es necesario que sea usted quien tome por anticipado la decisión de donar o no sus órganos al morir y que se lo comunique al médico y a sus familiares.

Ayudará a su familia a cumplir con sus deseos después de que muera. Aunque ya haya firmado una tarjeta de donante, haya indicado su intención en su licencia de conducir y/o haya dejado constancia escrita de su decisión en su disposición anticipada, se le pedirá a sus familiares que den el consentimiento antes de llevar a cabo la donación. Es fundamental que sus familiares conozcan sus deseos acerca de esta importante decisión.

Si desea obtener más información sobre la donación de órganos o sobre cómo convertirse en donante, comuníquese con Donor Alliance llamando al 1-888-868-4747 o visite www.donoralliance.org.

¿Qué son las disposiciones anticipadas psiquiátricas?

Si necesita tratamiento de salud mental en el futuro y cree que podrían considerarle incompetente para tomar sus propias decisiones en ese momento, una disposición anticipada para atención psiquiátrica le permite comunicar sus preferencias de tratamiento. Si bien las disposiciones anticipadas sobre la atención médica se usan desde hace tiempo, el uso de estas disposiciones para la atención psiquiátrica es un aspecto legal muy reciente. Aún no se sabe muy bien cómo las abordarán las cortes, en especial cuando surjan problemas con la seguridad. Sin embargo, muchas personas que reciben servicios de salud mental y que están utilizando estos documentos se dan cuenta de que la disposición anticipada aumenta la probabilidad de que médicos, hospitales y jueces respeten sus elecciones.

Si desea obtener más información sobre la planificación anticipada de la atención psiquiátrica, consulte el sitio web del Centro Nacional de Recursos sobre Disposiciones Anticipadas Psiquiátricas (National Resource Center on Psychiatric Advance Directives) en www.nrc-pad.org.

¿Qué leyes rigen el uso de una disposición anticipada?

Tanto las leyes federales como las estatales rigen el uso de una disposición anticipada. La Ley Federal sobre la Autodeterminación de los Pacientes requiere que los centros de atención médica que reciben fondos de Medicaid y Medicare informen a los pacientes sobre su derecho a exigir que se cumpla una disposición anticipada. Los 50 estados y el Distrito de Columbia tienen leyes que reconocen el uso de disposiciones anticipadas.

¿Cuáles son mis derechos?

Es importante recordar que la firma de una disposición anticipada debe ser absolutamente voluntaria. Nadie puede obligarlo a firmar una disposición anticipada. También tiene derecho a modificar su disposición anticipada.

Como paciente, usted siempre tiene derecho a recibir información sobre su condición médica, el diagnóstico, el pronóstico, los tratamientos posibles y los posibles resultados. También tiene derecho a rechazar los tratamientos, incluido el tratamiento para mantenerlo con vida. Tiene derecho a una segunda opinión.

Los proveedores de atención médica y las personas que usted haya autorizado para tomar decisiones en su nombre están obligados por ley a respetar las elecciones que expresa en su disposición anticipada. Si un médico no desea respetar sus elecciones, deberá transferir su atención médica a otro médico que esté dispuesto a tomar las decisiones que usted expresa en su disposición anticipada.

¿Qué sucede si no tengo una disposición anticipada?

En tanto y en cuanto usted esté en condiciones de tomar sus propias decisiones, así lo hará. Si no cuenta con una disposición anticipada y está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, la ley de Wyoming permite a sus parientes más cercanos tomar las decisiones de atención médica por usted.

Tomar este tipo de decisiones sin saber a ciencia cierta lo que habría querido puede ser muy estresante para sus familiares.

Si sus parientes más cercanos elegibles no están disponibles, puede actuar como sustituto para la toma de decisiones un adulto que haya mostrado afecto y preocupación especiales por usted y que conozca sus valores personales.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Puede expresar que ha cambiado de opinión en cualquier momento si:

1. destruye todas las copias del documento o de cualquier documento anterior;
2. escribe REVOCADO en el documento, lo firma y lo fecha;
3. le dice a otra persona que desea revocar el documento y esa persona lo firma y fecha, o
4. redacta un nuevo documento. Esto automáticamente revoca un documento anterior. Si usted ha asignado un poder de representación y luego desea revocar ya sea la designación o la autoridad del agente para la atención médica, también deberá notificar a ese agente por escrito. También puede registrar la revocación con la oficina del secretario del condado.

¿Cuándo debería preparar una disposición anticipada?

El mejor momento para preparar una disposición anticipada es cuando se está bien, cuando se puede pensar con claridad y comunicar las decisiones. Este documento le ayudará a analizar y comunicar sus elecciones a sus familiares, sus amigos y su médico. Ningún adulto es demasiado joven para redactar una disposición anticipada: los accidentes pueden suceder en cualquier momento.

¿Cuándo se usará mi disposición anticipada?

En tanto y en cuanto usted esté en condiciones de expresar sus propias decisiones, los profesionales de atención médica se comunicarán directamente con usted. Usted puede aceptar o rechazar cualquier

tratamiento médico. Si deja de ser capaz de participar en las decisiones sobre su propio

tratamiento, su médico y sus familiares consultarán su disposición anticipada como referencia.

¿La disposición anticipada cubre la atención médica en centros de atención prolongada y de cuidados paliativos?

La disposición anticipada rige tanto en el contexto hospitalario como si usted vive en un centro de atención médica prolongada o de cuidados paliativos. Mencionar sus elecciones respecto de dónde quisiera recibir atención médica en una disposición anticipada facilitará los traslados a cualquiera de estos centros.

¿Y en las salas de emergencia y las ambulancias?

En cualquier situación crítica, los técnicos en emergencias médicas (emergency medical technicians, EMT) no tendrán acceso rápido a una disposición anticipada que usted haya incluido en su historia clínica. Si se ha llamado al 911 o lo trasladan a la sala de emergencias, los EMT tienen la obligación de iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP) si su corazón o su respiración se detienen, e iniciarán el procedimiento a menos que sea claramente inútil.

Si ha establecido en una disposición anticipada que no desea que lo reanimen y ya se ha iniciado la RCP, el procedimiento se detendrá tan pronto como esté disponible su historia clínica con la disposición anticipada.

La única manera de informar al personal de emergencias médicas sobre su deseo de no ser reanimado es llenando una orden Comfort One® u orden de no reanimar. Una vez que haya presentado este documento, los servicios médicos de emergencias del estado le entregarán una pulsera especial que puede usar para alertar al personal de emergencias médicas que no desea que lo reanimen. El programa Comfort One® es un programa estatal. Es posible que no reconozcan la pulsera en otros estados.

¿Y qué sucede si viaja?

Si viaja, puede ser conveniente que lleve una copia de su disposición anticipada en su maleta. También es

útil llevar una tarjeta en la billetera en la que conste la existencia y la ubicación de su disposición anticipada en caso de emergencia.

Indicaciones sobre cómo completar su disposición anticipada

La planificación anticipada de la atención médica es un proceso. Llenar el documento de una disposición anticipada es parte de este proceso. Sería de enorme valor para usted, sus familiares y sus seres queridos que hable sobre su salud, sus objetivos y sus valores antes de completar el documento de su disposición anticipada. También puede resultar útil la intervención de un facilitador capacitado que pueda trabajar con usted y sus seres queridos. Puede solicitar una lista de facilitadores capacitados en la planificación anticipada de la atención médica llamando a la oficina de capellanes de Wyoming Medical Center, al (307) 577-2417.

PASO 1 Escriba su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de teléfono.

PASO 2 Si desea preparar un poder de representación específico para cuestiones de atención médica, complete la sección I.

Esta sección le permitirá designar legalmente a otra persona u otras personas para que tomen en su nombre las decisiones relacionadas con su atención médica si usted no puede hacerlo por sí mismo. Las personas que elija se convierten en sus agentes para la atención médica. Podría llamarse a su agente para la atención médica en cualquier momento de su vida y esa persona hablaría por usted si estuviera temporal o permanentemente impedido de hablar por sí mismo.

Este documento otorga a su agente para la atención médica autoridad para tomar decisiones en su nombre solamente cuando su médico haya determinado que usted es incapaz de hacerlo.

Por ejemplo, su médico consultaría a su agente si usted estuviera atravesando un coma temporal y necesitara ser transferido a otro establecimiento para recibir atención médica. Su médico también le pediría a su agente que determine cuáles son sus deseos si su enfermedad fuera tan grave que usted nunca fuera a recuperar su capacidad de comunicarse.

En un anexo a este documento puede establecer cualquier tipo de atención médica que desee o que no desee, y puede limitar la autoridad de su agente para la atención médica. Si su agente para la atención médica no conoce sus deseos respecto de una decisión específica sobre su atención médica, se le pedirá que determine qué decisiones serían las más convenientes para usted.

Este documento no otorga a su agente para la atención médica ninguna autoridad para tomar decisiones financieras o comerciales en su nombre. No sirve de autorización para que su agente para la atención médica lo interne en un centro para la salud mental a fin de que reciba tratamiento. Su agente para la atención médica no podrá autorizar ningún acto que pusiera fin a su vida excepto la no administración o la suspensión de la administración de atención médica, según usted indique en este documento.

Cómo escoger a la persona indicada como su agente para la atención médica

Elija a alguien que lo conozca muy bien, en quien usted confíe, alguien que se preocupe por usted y que pueda tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Un cónyuge o un familiar podrían no ser la mejor opción, dado que estarían demasiado comprometidos emocionalmente. A veces sí son la mejor opción. Usted es quien lo sabe mejor que nadie. Elija a alguien que sea capaz de alzar su voz para que sus elecciones se cumplan. También elija a alguien que crea que estaría cerca de usted, de modo que pueda ayudarlo cuando lo necesite. Asegúrese de incluir una segunda opción para el caso en que no se pueda contactar a la primera persona.

Asegúrese de hablar sobre este documento con la persona o las personas que ha escogido y confirme que están de acuerdo en respetar y hacer cumplir las elecciones que usted haya hecho.

Su agente para la atención médica debe tener por lo menos 18 años de edad y no debe ser su proveedor de atención médica, esto incluye al dueño o el director de

un centro que le brinde servicios médicos, residenciales o comunitarios, y a los empleados de su proveedor de atención médica asignados para brindarle atención de manera directa.

Si cambia de opinión

Mientras conserve su capacidad, puede revocar el poder de representación específico para cuestiones de atención médica en cualquier momento con una notificación por escrito a los agentes que haya elegido y a su médico. Por otro lado, un nuevo poder de representación específico para cuestiones de atención médica automáticamente reemplaza cualquier documento anterior. El divorcio o la anulación del matrimonio revocan la designación del cónyuge del que se divorció como agente para la atención médica.

Dejar en blanco la sección 1

Si deja en blanco esta sección, indicando que no desea designar un agente para la atención médica, en el caso de que usted no pudiera hablar por sí mismo, los profesionales de atención médica tratarán de comunicarse con sus parientes más cercanos. Si sus parientes no están disponibles, puede actuar como sustituto para la toma de decisiones un adulto que haya mostrado afecto y preocupación especiales por usted y que conozca sus valores personales.

PASO 3 Si desea preparar instrucciones para la atención médica (testamento en vida), complete la sección II.

Las Instrucciones servirán de guía para que su médico y el sustituto en la toma de decisiones conozcan sus deseos respecto de la atención médica que recibirá durante los últimos días de su vida si sufre de una condición médica incurable e irreversible que le causará la muerte en un tiempo relativamente breve o si entra en estado de inconsciencia y, con una certeza razonable desde el punto de vista médico, no recuperará la consciencia, o si los riesgos y las cargas del tratamiento excedieran los beneficios esperados.

PASO 4 Complete la sección III: Firmas del declarante y de los testigos.

Usted es el declarante. Antes de firmar el documento, asegúrese de comprender claramente el contenido del documento que ha completado y de poder afirmar que refleja con claridad sus elecciones.

Si no puede firmar por usted mismo, pida a alguien que lo haga por usted.

Asegúrese de que se firme frente a un testigo. Los testigos deben cumplir con los requisitos mencionados en el documento.

PASO 5 Complete los anexos opcionales si lo desea.

Estos anexos son listas de verificación sencillas que usted puede completar si desea incluir disposiciones específicas para su agente para la atención médica, los profesionales de atención médica y sus familiares. Quizá desee explicar los tipos de cuidados que esperaría en una determinada situación o qué información sobre sus creencias espirituales influyen en sus decisiones. Puede incluir instrucciones para el control del dolor, la donación de órganos y otros temas pertinentes a los últimos días de su vida que sean importantes para usted.

- A) Qué deseo que sepa mi agente para la atención médica y los profesionales de atención médica.
- B) Qué deseo que sepa mi familia.

PASO 6 La única manera de informar al personal de emergencias médicas sobre su deseo de no ser reanimado es llenando una orden Comfort One® u orden de no reanimar.

El programa Comfort One® es un programa que ofrece la oficina de servicios médicos de emergencia del estado de Wyoming. Puede solicitar un formulario de Comfort One® llamando a la oficina de servicios médicos de emergencia (EMS), al (307) 777-7955. Deberá pagar una tarifa de registro para llenar el formulario de Comfort One® y su médico deberá firmar el formulario.

Envíe el formulario completo con el pago a:

Wyoming Office of Emergency Medical Services
Attn.: Comfort One
601 Yellowstone Rd., Suite 400
Cheyenne, WY 82002

También puede obtener el formulario en la oficina de Servicios Sociales del Wyoming Medical Center, llamando al (307) 577-7951 y en la oficina de la capellanía llamando al (307) 577-2417.

PASO 7 Haga copias de la disposición anticipada firmada.

Haga varias copias de los documentos firmados.

Entregue copias a:

- A) todas las personas que haya designado para que tomen decisiones en su nombre
- B) su médico de atención primaria y a los especialistas que lo estén atendiendo

Puede solicitar que se guarde una copia en su historia clínica. Para ello, envíela por correo a:

Wyoming Medical Center
Medical Records
1233 E. Second St.
Casper, WY 82601

Si ingresa a un hospital o a una residencia para ancianos, lleve una copia y pida que la guarden en su historial médico.

Guarde los originales en una carpeta. Asegúrese de que sea fácil acceder a los documentos. No los guarde en una caja de seguridad o en un gabinete bajo llave.

LO MÁS IMPORTANTE

Asegúrese de que sus familiares y sus seres queridos entiendan que estos documentos expresan sus elecciones sobre la atención médica y sobre su salud durante sus últimos días de vida.

Glosario de los términos utilizados en este documento

Agente para la atención médica, también representante para la atención médica o sustituto para la toma de decisiones: persona o personas que usted elige para tomar las decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pudiera hablar por usted mismo.

Antibióticos: medicamentos recetados para eliminar microorganismos específicos.

Coma: estado de inconsciencia profunda causada por una enfermedad, una lesión o intoxicación.

Cuidados paliativos: programa o centro que brinda un ambiente compasivo para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de pacientes terminales y sus familiares.

Diagnóstico: métodos que se emplean para identificar una enfermedad.

Diálisis/hemodiálisis: proceso por el cual se extrae sangre de una arteria, se la purifica mediante diálisis y se la devuelve a la vena de un paciente que tiene un riñón que no funciona.

Disposición anticipada: indicaciones sobre la atención médica (en general un documento legal, como un testamento en vida) firmadas por una persona viva, competente, que sirve de guía para futuras decisiones médicas y de atención de la salud en el caso de que la persona firmante pasara a ser incompetente para tomar esas decisiones.

Disposiciones anticipadas para atención psiquiátrica: cuando a una persona le preocupa que pueda ser objeto de un tratamiento psiquiátrico o una internación psiquiátrica involuntaria en el futuro, en este documento expresa sus elecciones personales al respecto. Este documento puede llamarse también Disposición anticipada para la toma de decisiones sobre salud mental.

Donación de órganos: acto por el cual, al fallecer, una persona cede sus órganos o sus tejidos a otra persona.

Establecimiento de atención médica prolongada, centro de atención prolongada o residencia para ancianos: establecimiento en el que se brinda asistencia a personas que no pueden cuidar de sí mismas.

Familiares: personas a las que usted considera su familia.

Incapacitado: alguien incapaz de tomar decisiones correctamente o de cuidar de sí mismo o de su propiedad sin ayuda y como consecuencia de males asociados a la edad, uso de sustancias controladas, una enfermedad mental, un retraso mental o una deficiencia mental.

Instrucciones para la atención médica (testamento en vida): documento en el que se establecen instrucciones para los últimos días de su vida en caso de que el

firmante padeciera una enfermedad terminal y no pudiera comunicarse. El objetivo de estas instrucciones es servir como guía para que los familiares y los médicos decidan hasta qué punto pueden usar métodos agresivos en las intervenciones médicas que prolongan la vida.

Invasivo: que implica el ingreso a un cuerpo vivo mediante una incisión o la inserción de un instrumento.

Orden de No Reanimar (DNR): orden de no intentar la reanimación.

Planificación anticipada de la atención médica: un método organizado para iniciar el análisis, la reflexión y la comprensión del estado actual de salud de una persona, de sus objetivos, valores y preferencias para futuras decisiones de tratamiento. “Mis elecciones” contribuye a orientar esta discusión, que debería darse entre el individuo y su familia o seres queridos y que podría incluir un facilitador.

Poder de representación específico para cuestiones de atención médica: designación legal de un agente o una persona para que tome decisiones en su nombre en cuestiones de atención médica.

POLST: instrucciones para los proveedores respecto de los tratamientos para mantener la vida.

Profesional de atención médica: personas que no son familiares y que participan de la atención médica, como médicos, enfermeros y personal médico.

Proveedores de atención médica: incluye profesionales y organizaciones de atención médica que prestan servicios de atención médica, agencias de atención domiciliaria, centros de atención prolongada y centros de cuidados paliativos.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): procedimiento diseñado para recuperar el ritmo cardíaco y la respiración normales en caso de paro cardíaco.

Sondas nasogástricas: tubos que pueden colocarse directamente en el estómago o en el intestino delgado para suministrar alimentos.

Terminal: que lleva a la muerte, cercano a la muerte o en las últimas fases de una enfermedad.

Tratamiento para mantener la vida o, también, soporte vital o tratamiento para prolongar la vida: equipo, material y tratamiento necesarios para mantener vivo a un paciente gravemente enfermo o con lesiones graves.

Tutor o tutor ad litem: persona que designa la corte para representar los intereses de un menor o de una persona incompetente en un procedimiento legal.

Ventilación mecánica: proceso para restaurar la respiración impulsando aire hacia dentro y hacia fuera de los pulmones.

Decisiones sobre los tratamientos para mantener la vida

En sus instrucciones, puede indicar si desea o no que se utilicen ciertos tipos de tratamiento para mantener la vida en caso de que se encuentre en las circunstancias antes descritas. A continuación, se enumeran algunos tratamientos comunes para mantener la vida. Esta información le podría ayudar a decidir lo que entiende que sea más adecuado para usted.

Tratamiento	Beneficios	Desventajas	Decisiones para los últimos días de su vida
1) Reanimación cardiopulmonar (RCP)	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye diversos tratamientos para volver a poner en marcha el corazón y para suministrar ventilación mecánica cuando la respiración se haya detenido. • Es muy útil en el caso de un problema cardíaco o pulmonar potencialmente reversible. 	<ul style="list-style-type: none"> • La RCP puede incluir electrochoques en el pecho y la conexión de la persona a una máquina llamada ventilador mediante la colocación de un tubo en la tráquea. • La RCP puede ser bastante traumática. Si no responde a ella rápidamente, podría sufrir daño cerebral irreversible o, eventualmente, morir. 	<ul style="list-style-type: none"> • La RCP no fue diseñada para reanimarlo si usted padece un cáncer avanzado o está en estado de choque debido a una infección grave. • La RCP no debería emplearse para mantenerlo vivo durante unas pocas horas o unos días si no hay ninguna esperanza de recuperación. Solo prolongaría su sufrimiento.
2) Ventilación mecánica	<ul style="list-style-type: none"> • El ventilador puede mantenerlo respirando y servir de apoyo para sus pulmones hasta que se recuperen lo suficiente como para respirar nuevamente por sí mismos. • Si usted tiene una enfermedad como, por ejemplo, enfisema, un “período de prueba” con el ventilador podría resultar beneficioso. Algunas personas optan por vivir dependiendo del ventilador durante períodos prolongados. 	<ul style="list-style-type: none"> • El tubo que se inserta en su garganta puede ser molesto. Si está “intubado”, no puede hablar ni comer por la boca. • Si sus pulmones no volvieron a funcionar, podría depender totalmente de la máquina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si decide no aceptar un ventilador o no desea vivir el resto de su vida dependiendo de una máquina, se le pueden administrar medicación y oxígeno para mantenerlo cómodo. • Puede indicar a los médicos que, si un “período de prueba” no ayuda, no desea continuar dependiendo de un ventilador. Por supuesto, SÍ querrá que lo mantengan cómodo hasta que muera.
3) Uso de sangre o de hemoderivados	<ul style="list-style-type: none"> • Los hemoderivados pueden aliviar los síntomas asociados con la anemia, como la falta de aire, la fatiga y los dolores en el pecho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas infecciones, como el VIH o la hepatitis, podrían transmitirse a través de hemoderivados. • Es posible que haya principios espirituales o una prohibición religiosa para compartir sangre. • Los hemoderivados son costosos. • Las transfusiones repetidas pueden causar enfermedad hepática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los hemoderivados son útiles solo por unos días. Si el problema es a largo plazo, el uso de hemoderivados solo prolongaría el sufrimiento. • La anemia que resulta de no administrar hemoderivados no causa dolor ni aumenta el sufrimiento.

Tratamiento	Beneficios	Desventajas	Decisiones para los últimos días de su vida
4) Diálisis	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando sus riñones dejan de funcionar, se lo puede conectar a una máquina que limpia la sangre de las sustancias tóxicas que normalmente se acumulan. • Algunas personas optan por vivir durante años con tratamientos de diálisis artificial. 	<ul style="list-style-type: none"> • La diálisis puede ser físicamente extenuante. • Por lo general, la hemodiálisis se hace tres veces por semana y requiere entre tres y cuatro horas cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de quienes no tienen ninguna esperanza de recuperación, la diálisis solo prolongaría el proceso hacia la muerte. • Si tiene insuficiencia renal, sin diálisis normalmente entraría en coma y moriría en paz.
5) Antibióticos	<ul style="list-style-type: none"> • Los antibióticos ayudan al organismo a combatir las infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sus efectos secundarios incluyen diarrea, sarpullido e infección fúngica. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el último tiempo de vida, el organismo pierde su capacidad para absorber los nutrientes y combatir las infecciones. El uso de antibióticos solo prolongaría el sufrimiento.
6) Cirugía o pruebas de diagnóstico invasivas	<ul style="list-style-type: none"> • Las pruebas de diagnóstico pueden proporcionar a los médicos más información para establecer planes de tratamiento más precisos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y complicaciones. • No puede asociarse un diagnóstico con un tratamiento o una cura. 	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico podría no estar relacionado con la situación terminal del paciente, y el tratamiento solo prolongaría el sufrimiento.
7) Sonda nasogástrica	<ul style="list-style-type: none"> • Si no puede comer, se le podría colocar una sonda nasogástrica en el estómago o en el intestino delgado para alimentarlo. • Si está enfermo pero se espera una recuperación, las sondas nasogástricas pueden ser de gran utilidad para darle la nutrición que necesita para curarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comúnmente se cree que los pacientes sin esperanza de curarse “morirán de hambre” a menos que se les coloque una sonda nasogástrica. En realidad, si sufre de una enfermedad ya en fase avanzada como un cáncer, Parkinson o Alzheimer, no tendrá apetito ni sentirá sed. • Al suministrar alimento y líquido al organismo, las sondas nasogástricas prolongan una vida de sufrimiento más allá de lo que uno desearía. Sin líquidos, normalmente una persona moriría en unos pocos días. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las personas optan por no prolongar la vida mediante una sonda nasogástrica si su calidad de vida sería muy mala, sin posibilidad de mejoría o recuperación. • Si decide que no quiere que se use una sonda nasogástrica o que se use solo para probar y su enfermedad es terminal, pueden mantenerlo cómodo con medicamentos.

Partes de este cuadro se adaptaron de Brandenburg M, Gifford: Developing a multidisciplinary brochure to teach patients and families about life-sustaining treatments, *Dimens of Crit Care Nurs* 16:328-332, 1997

Mis elecciones: disposiciones anticipadas

Disposición anticipada para: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Este documento tiene importantes implicancias y consecuencias médicas, legales y posiblemente éticas. Antes de firmarlo, debe conocer muy bien estas implicancias y estas consecuencias. Puede analizar la ejecución, los efectos y las implicancias de este documento con un médico, un abogado o con el clérigo que usted elija.

Complete la SECCIÓN I y/o la SECCIÓN II.
La SECCIÓN III es obligatoria para que el documento sea válido.

SECCIÓN I: Poder de representación específico para cuestiones de atención médica.

Si opta por dejar esta sección en blanco, en el caso de que usted no pudiera hablar por sí mismo, los profesionales de atención médica tratarán de comunicarse con sus parientes más cercanos. Si sus parientes no están disponibles, se permitirá a un sustituto calificado para la toma de decisiones que tome las decisiones por usted.

Deseo No deseo designar a otra persona como mi agente para la atención médica para que tome decisiones sobre el tratamiento médico en mi nombre si quedara incapacitado o no pudiera hablar por mí mismo.

La persona que elijo como mi agente para la atención médica es:

Nombre: _____

Teléfono para llamar durante el día: _____

Teléfono para llamar durante la noche: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado/código postal: _____

Mi segunda opción es:

Nombre: _____

Teléfono para llamar durante el día: _____

Teléfono para llamar durante la noche: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado/código postal: _____

SECCIÓN II: Instrucciones para la atención médica (testamento en vida).

Si opta por dejar esta sección en blanco, en el caso de que usted no pudiera hablar por sí mismo, los profesionales de atención médica tratarán de comunicarse con sus parientes más cercanos. Si sus parientes no están disponibles, se permitirá a un sustituto calificado para la toma de decisiones que tome las decisiones por usted.

Yo, _____, solicito que mis familiares, médicos y demás proveedores de atención médica respeten mis elecciones tal como las comuniqué a mi agente para la atención médica o como indico a continuación. **Entiendo que se hará referencia a este documento solamente si: no estoy en condiciones de tomar decisiones o de hablar por mí mismo, sufro de una condición médica incurable e irreversible que me causará la muerte en un tiempo relativamente breve o entro en estado de inconsciencia y, con una certeza razonable desde el punto de vista médico, no recuperaré la consciencia o si los riesgos y las cargas del tratamiento excedieran los beneficios esperados.**

DECISIONES PARA LOS ÚLTIMOS DÍAS DE SU VIDA: Determino que mis proveedores de atención médica y las demás personas involucradas en mi atención administren, no administren o suspendan la administración de tratamiento en conformidad con la opción que marco con mis iniciales a continuación.

(a) Opción de no prolongar la vida

No deseo que se prolongue mi vida si (i) sufro de una condición médica incurable e irreversible que me causará la muerte en un tiempo relativamente breve, (ii) entro en estado de inconsciencia y, con una certeza razonable desde el punto de vista médico, no recuperaré la consciencia, o si (iii) los riesgos y las cargas del tratamiento excedieran los beneficios esperados; O

(b) Opción de prolongar la vida

Deseo que mi vida se prolongue tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.

Además, si me encuentro en la situación antes descrita, expreso mi parecer con firmeza respecto de las siguientes formas de tratamiento.

- 1) Deseo No deseo reanimación cardiopulmonar.
- 2) Deseo No deseo ventilación mecánica.
- 3) Deseo No deseo transfusión de sangre o de hemoderivados.
- 4) Deseo No deseo diálisis.
- 5) Deseo No deseo antibióticos.
- 6) Deseo No deseo cirugías o pruebas de diagnóstico invasivas.
- 7) Deseo No deseo una sonda nasogástrica.

Para obtener más información, consulte la sección “Decisiones sobre los tratamientos para mantener la vida” en la página 10.

Entiendo que, si no indico específicamente mis preferencias respecto de las formas de tratamiento incluidas en la lista, puedo recibir cualquiera de ellas.

SECCIÓN III: Firmas del declarante y de los testigos.

Mi pensamiento es claro y estoy de acuerdo con todo lo escrito en este documento, el cual he preparado voluntariamente. Si por motivos legales no se puede cumplir con alguna parte de este formulario, solicito que se respeten todas las otras partes de acuerdo con las leyes del estado. También revoco cualquier otra disposición que haya preparado anteriormente sobre mi atención médica.

Mi firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Si no puedo firmar, puedo pedirle a alguien que lo haga por mí.

Firma de la persona a quien pedí que firmara este documento por mí.

_____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta de la persona a quien pedí que firmara este documento por mí.

_____ Fecha: _____

Declaración de los testigos

Conozco personalmente a la persona que firmó este documento. Entiendo que está en pleno uso de sus facultades mentales y que tiene por lo menos 18 años de edad. He sido testigo personal de su firma de este documento y entiendo que lo ha hecho en forma voluntaria.

Al firmar como testigo, certifico lo siguiente:

- tengo 18 años de edad o más;
- no soy un agente para la atención médica designado por la persona que firma el documento;
- no tengo parentesco con la persona que firma el documento;
- no soy el responsable financiero directo de la atención médica que recibe esta persona;
- no soy un proveedor directo de atención médica de esta persona en este momento;
- no soy un empleado del proveedor de atención médica que atiende directamente a esta persona en este momento; y
- no tengo conocimiento de que me correspondan derechos al patrimonio de esta persona ni tengo una demanda contra su patrimonio.

Recuerde: Se requieren dos testigos. Uno de los testigos puede ser un voluntario del hospital WMC, pero no un empleado.

Nombre en letra de imprenta del testigo 1

Nombre en letra de imprenta del testigo 2

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Fecha

Fecha

Anexos opcionales: Coloque sus iniciales si ha incluido alguno de estos formularios con este documento.

____ Qué deseo que sepa mi agente para la atención médica

____ Qué deseo que sepa mi familia

Mis elecciones: Anexo 1

Qué deseo que sepa mi agente para la atención médica

Anexo 1: Disposición anticipada para _____ Con fecha del _____

Coloque sus iniciales junto a las declaraciones con las que está de acuerdo.

Entiendo que mi agente para la atención médica puede tomar decisiones en mi nombre sobre mi atención médica.
Deseo que mi agente pueda hacer lo siguiente:

Autoridad general del agente para la atención médica

- Elegir, en mi nombre, la atención médica o los servicios médicos que recibiré, como pruebas, medicamentos o cirugía. Esta atención o este servicio pueden prestarse para averiguar cuál es mi problema de salud o cómo tratarlo. También puede incluir la atención para mantenerme con vida. Si el tratamiento o la atención ya han comenzado, mi agente para la atención médica puede continuar con ellos o suspenderlos.
- Interpretar las instrucciones que he establecido en este formulario o en otra conversación según mi agente para la atención médica entienda mis elecciones y valores.
- Revisar y divulgar mis historias clínicas y registros personales según sea necesario para mi atención médica.
- Trasladarme a otro estado si fuera necesario.
- Determinar qué profesionales y organizaciones de atención médica me administrarán tratamiento médico. Mi agente puede coordinar en mi nombre mi ingreso a un hospital, un centro de cuidados paliativos o una residencia para ancianos. Mi agente puede contratar a cualquier tipo de empleado que preste servicios de atención médica que necesitara para ayudarme o cuidarme. Mi agente, si fuera necesario, podrá también despedir a cualquier empleado que preste servicios de atención médica.

Decisiones específicas sobre la atención médica

Tratamientos para mantener la vida

- Si llegara un momento en el que, con certeza razonable, no recuperaría mi capacidad para interactuar eficazmente con mis familiares, mis amigos y el entorno, deseo que suspenda o se abstenga de administrarme tratamientos que pudieran usarse para prolongar mi vida.

Entre los tratamientos que no desearía recibir si mi condición llegara a este extremo se incluyen:

- Sondas nasogástricas
- Ventilación mecánica
- Reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Antibióticos
- Cirugía mayor
- Transfusiones de sangre o de hemoderivados

No elegiría que se me mantuviera vivo con tratamientos para mantener la vida en las siguientes situaciones:

- Si estuviera próximo a la muerte y el soporte vital solo pospusiera el momento de mi muerte.
- Si estuviera en coma y no se esperara una recuperación.
- Si sufriera daño cerebral permanente y grave y no se esperara una recuperación.

Aquí enumero otras circunstancias en las que no desearía que me mantuvieran con vida.

Control del dolor y de los síntomas

Si se suspendieran los esfuerzos por prolongar mi vida, deseo que se me administren tratamientos médicos y atención de enfermería que me mantuvieran cómodo, aun cuando aumentaran los riesgos de morir antes.

Atención médica durante los últimos días de su vida

De poder elegir, durante el último tiempo de mi vida preferiría recibir atención médica:

- en mi casa,
- en un hospital,
- en un centro de atención médica prolongada o
- en un centro de cuidados paliativos.

Donación de órganos

En el caso de que muriera, deseo que mi agente y los profesionales de atención médica sepan lo siguiente:

- Si es posible, *deseo donar solamente los siguientes* órganos o tejidos (mencione los órganos o los tejidos específicos).
- Si soy un candidato, *deseo donar cualquiera* de mis órganos o tejidos.
- No deseo donar ningún* órgano ni tejido.

También deseo que mi agente y los profesionales de atención médica sepan lo siguiente:

Mis elecciones: Anexo 2

Qué deseo que sepan mi familia y mis seres queridos

Anexo 1: Disposición anticipada para _____ Con fecha del _____

Coloque sus iniciales junto a las declaraciones con las que está de acuerdo.

Las personas que considero mis familiares más cercanos son:

Esta es la manera en que deseo ser tratado si estuviera próximo a la muerte y no pudiera hablar por mí mismo:

- Querría que se avisara que estoy enfermo a los miembros de mi iglesia o sinagoga para que recen por mí.
- Querría que me pusieran paños fríos en la cabeza si tuviera fiebre.
- Querría estar siempre limpio, que me dieran baños de agua caliente tan a menudo como fuera posible y que mis sábanas estuvieran limpias todo el tiempo.
- Querría que sostuvieran mi mano.
- Querría escuchar mi música favorita. Sugerencias: _____
- Querría tener fotografías de mis seres queridos cerca de mi cama.
- Querría que se ocuparan de mi cuidado personal, como de afeitarme, de mis uñas, de mi cabello y de mis dientes siempre que no me causara dolor.
- Querría estar acompañado.
- Si mostrara signos de depresión, náuseas, falta de aire o alucinaciones, querría que los profesionales de atención médica hicieran lo que pudieran para ayudarme.
- Querría que las personas rezaran por mí.
- Querría que me cuidaran con amabilidad y buen humor.
- Querría que mantuvieran húmedos mis labios y mi boca.

Deseo que mis familiares y seres queridos:

- sepan que los amo.
- me recuerden como estaba en mi mejor momento.
- me perdonen si los he herido.
- recuerden mi vida con alegría.
- se perdonen mutuamente y hagan las paces.
- sepan que los perdono por cualquier daño que me hubieran causado.

Quiero que me recuerden de las siguientes formas:

(complete el otro lado)

Quiero que mis familiares sepan que, de poder elegir, durante los últimos momentos de mi vida preferiría recibir atención médica:

- en mi casa,
- en un hospital,
- en un centro de atención médica prolongada o
- en un centro de cuidados paliativos.

Deseo que mis familiares sepan lo siguiente respecto de la donación de mis órganos o tejidos:

- Si es posible, deseo donar solamente los siguientes órganos o tejidos (mencione los órganos o los tejidos específicos). _____
- Si soy un candidato, deseo donar cualquiera de mis órganos o tejidos.
- No deseo donar ningún órgano ni tejido.

También deseo que mi familia sepa:

Si hay un servicio fúnebre, me gustaría incluir las siguientes canciones, mensajes, lecturas, etc.

Wyoming Medical Center
1233 E. Second St.
Casper, WY 82601
(307) 577-7201
WyomingMedicalCenter.org