



## *Directivas del Cuidado de la Salud*

### *Respetando las decisiones de Minnesota*

*Cumple los requerimientos legales para los Residentes de Minnesota y Wisconsin*

## **Mis directivas del cuidado de la salud**

He creado este documento cuidadosamente para expresar mis decisiones de tratamiento y preferencias personales, en caso de que no pueda comunicar mis deseos o tomar mis propias decisiones del cuidado de la salud. También he designado un agente del cuidado de mi salud para que hable por mí. Mi agente puede tomar decisiones médicas por mí, incluyendo la decisión de rechazar tratamiento que no deseo. Cualquier documento creado antes de este, ya no es válido o legal.

Mi nombre: \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi dirección: \_\_\_\_\_

Mi número telefónico: \_\_\_\_\_

Mi número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_



## Parte 1: Mi agente del cuidado de la salud

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones del cuidado de la salud debido a una enfermedad o lesión, o si mis proveedores del cuidado de la salud han determinado que no puedo tomar mis propias decisiones del cuidado de la salud, yo he designado a las siguiente(s) persona(s) para representar mis deseos y tomar mis decisiones del cuidado de mi salud\*, incluyendo la decisión de no rechazar tratamiento que no deseo. Al seleccionar el agente del cuidado de la salud, he considerado su habilidad y disposición de tomar decisiones, una vez que esté informado de mis opciones de tratamiento. Esta persona puede respetar y seguir mis deseos, bajo momentos de tensión.

### **Mi agente primario (principal) del cuidado de la salud es:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil) \_\_\_\_\_

Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

- *Entiendo que mi agente no puede ser un proveedor de cuidado de la salud o empleado del cuidado de la salud que cuide directamente de mí o de mi cónyuge, a menos que esté relacionado con esta persona por sangre o matrimonio, que sea una pareja doméstica registrada, o por adopción. Si mi agente es un proveedor del cuidado de la salud o un empleado de un proveedor del cuidado de la salud, mi razón para elegir esta persona es:* \_\_\_\_\_

Si cancelo la autoridad de mi agente primario, o si mi agente primario no quiere o no puede tomar decisiones por mí, o no está razonablemente accesible para tomar una decisión por mí, designo al siguiente agente alternativo:

### **Agente alternativo del cuidado de mi salud:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_

- 2 -

etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

Números de Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_

(T) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Poderes de mi agente de cuidado de la salud:**

Mi agente del cuidado de mi salud tiene automáticamente los siguientes poderes cuando no pueda hablar por mí mismo:

- A. Tomar decisiones por mí acerca de mi cuidado médico. Incluyendo quitarme, o no colocarme un tubo para alimentarme, hacer o no pruebas, administración de medicinas, cirugías y decisiones sobre tratamientos si existe embarazo y todos los tipos de tratamientos de salud mental, incluyendo tratamientos o medicamentos molestos de salud mental. Si el tratamiento ha comenzado ya, mi agente puede continuarlo o suspenderlo, basándose en mis instrucciones
- B. Interpretar cualquier instrucción que haya dado en este formulario, de acuerdo con su comprensión de mis deseos, valores y creencias
- C. Revisar y compartir mis registros médicos y documentos personales, según sea necesario para mi cuidado médico
- D. Hacer arreglos para mi cuidado médico en Minnesota o en cualquier otro estado o lugar que él o ella crean apropiados. Incluyendo asilos e instalaciones residenciales basadas en la comunidad
- E. Decidir qué proveedores y organizaciones del cuidado médico proveen mis tratamientos médicos.

Comentarios y restricciones acerca de lo que se indica arriba (por ejemplo, gente que quisiera o que no quisiera que esté involucrada en tomar decisiones por usted, o limitaciones sobre los poderes de su agente):

**Poderes adicionales de mi agente del cuidado de mi salud:** (Si quiero que mi agente tenga cualquiera de los siguientes poderes, marcaré el cuadro en frente de cada declaración que se indica a continuación.)

- Hacer arreglos y tomar decisiones acerca del cuidado de mi cuerpo después de que he muerto.
- Continuar como mi agente del cuidado de mi salud aun si la disolución, anulación o terminación de nuestro matrimonio o relación doméstica está en proceso o ha sido completada.
- Cuando así lo designe, tomar decisiones del cuidado de la salud por mí, inclusive si yo todavía puedo decidir o hablar por mí mismo.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

- 3 -

**Esta página es requerida para los residentes de Wisconsin únicamente.**

## **Poder legal para el documento de directivas del cuidado de la salud**

### *Aviso a la persona llenando este documento:*

Usted tiene el derecho de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud. No se le ofrecerá cuidado de la salud si usted no lo desea, y el cuidado necesario no será detenido o suspendido si usted tiene objeción.

Debido a que sus proveedores del cuidado de salud en algunos casos no han tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, no están familiarizados con sus creencias y valores, y los detalles de sus relaciones familiares. Esto puede ser un problema si usted no puede física o mentalmente tomar decisiones acerca de su cuidado.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal y especificar la persona que usted quiere que tome decisiones del cuidado de su salud por usted, si usted no puede personalmente tomar esas decisiones. Esa persona es su agente del cuidado de su salud. Tómese su tiempo para discutir sus pensamientos y creencias acerca del tratamiento médico con la persona o personas que usted designe. Usted puede declarar en este documento cualquier tipo de cuidado de la salud que usted desea o no, y puede limitar la autoridad de su agente del cuidado de su salud. Si su agente del cuidado no conoce sus deseos respecto a decisiones particulares del cuidado de la salud, él o ella están requeridos a determinar qué es lo que más le conviene a usted cuando toma una decisión.

Este es un importante documento legal. Le da a su agente amplios poderes para tomar decisiones del cuidado de su salud por usted. Revoca cualquier poder legal previo para el cuidado de la salud que haya hecho. Si desea cambiar su poder legal para el cuidado de la salud, puede revocar este documento en cualquier momento, destruyéndolo, indicando a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito fechada, o al declarar que revoca este documento en presencia de dos testigos.

Si revoca este documento, debe notificar a su agente, a sus proveedores del cuidado de la salud, y cualquier otra persona que tenga una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio es anulado o se ha divorciado después de firmar este documento, la designación de su cónyuge como su agente de cuidado de su salud no será válida.

Usted también puede usar este documento para hacer o negar cualquier donación anatómica después de su muerte. Si usa este documento para hacer o negar una donación anatómica, este documento revoca cualquier registro previo que haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier donación anatómica que haya hecho en este documento al eliminar la provisión de donación anatómica en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

- 4 -

Se sugiere que usted guarde el original de este documento en su registro médico con su doctor.

## Parte 2: Mis directivas para el cuidado de la salud

Mis elecciones y preferencias para mi cuidado de la salud son las siguientes. Pido a mi agente que las represente, y a mis doctores (y/o equipo del cuidado de mi salud) que las respete, en caso que no puede comunicarme. **He puesto mis iniciales en el cuadro de la opción que yo prefiero para cada circunstancia a continuación.**

*Nota: No es necesario que dé instrucciones por escrito para los tratamientos para extender su vida, pero es bueno hacerlo. Si decide no hacerlo, su agente tomará la decisión basándose en sus directiva orales, o lo que considere que es lo mejor para usted.*

### 1. Tratamientos para prolongar mi vida

**Si llego a un punto en el que no puedo tomar mis propias decisiones y es razonablemente certero que no recobraré la habilidad para saber quién soy (para los residentes de Wisconsin, si tengo una condición terminal o estoy en estado vegetativo persistente):**

Deseo **detener o suspender todos los tratamientos** que prolonguen mi vida. Incluyendo y sin limitar los tubos de alimentación, líquidos por vías intravenosas (IV, respirador / ventilador (máquina para ayudar a respirar), resucitación cardiopulmonar (RCP) y antibióticos.

ó bien

**Deseo** que se me proporcionen todos los tratamientos apropiados recomendados por mi doctor, hasta que mi doctor y agente estén de acuerdo con que dichos tratamientos son dañinos o no están ayudando.

Comentarios o direcciones a los proveedores del cuidado de la salud:

---



---



---

Con cualquiera de las dos opciones, comprendo que continuaré recibiendo medidas para aliviar el dolor y tener comodidad, así como también alimentos y fluidos oralmente si es que puedo tragarlos.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

- 5 -

## 2. Resucitación cardio pulmonar (RCP)

**RCP** es un tratamiento usado para intentar restaurar el ritmo cardiaco y/o la respiración cuando se hayan detenido. Puede incluir compresiones en el pecho (presión con fuerza para hacer que el corazón se contraiga), medicinas, choques eléctricos, y tubo de respiración. Comprendo que el RCP puede salvar mi vida. También comprendo que no funciona óptimamente para personas que han tenido enfermedades crónicas (de largos períodos) y/o funcionamiento incapacitado. Comprendo que la recuperación de RCP puede ser difícil y dolorosa Por lo tanto.

**No deseo que se me administre RCP** si mi corazón se detiene o dejo de respirar, prefiero entonces permitir que ocurra una muerte natural.

ó bien

**Deseo que se me administre RCP a menos** que mi doctor determine *cualquiera* de las siguientes:

- Tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, ó
- No tengo una probabilidad razonable de sobrevivir si mi corazón se detiene o dejo de respirar, ó
- Tengo una probabilidad muy pequeña de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene o dejo de respirar y el proceso de RCP me causará gran sufrimiento.

ó bien

**Deseo que se me administre RCP si mi corazón o respiración se detienen.**

## 3. Preferencias de tratamiento

Anexo mis preferencias de tratamiento para mis condiciones de salud específicas. Estas declaraciones describen mis elecciones de tratamiento. Con cualquiera de las dos opciones, comprendo que continuaré recibiendo medidas para aliviar el dolor y tener comodidad, así como también alimentos y fluidos oralmente si es que puedo tragarlos.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

- 6 -

## Parte 3: Lo que espero y deseo que suceda (Opcional)

Deseo que mis seres queridos conozcan mis siguientes pensamientos y sentimientos:

**1. Las cosas que hacen que la vida valga la pena vivirla para mí son:**

**2. Mis creencias acerca de cuando ya no vale la pena vivirla:**

**3. Mis elecciones acerca de tratamientos médicos específicos, si es que las tiene (puede incluir deseos respecto a respiradores, diálisis, antibióticos, tubos de alimentación, etc.):**

**4. Mis pensamientos y sentimientos acerca de cómo y dónde quiero morir:**

**5. Si estoy cerca de morir, quiero que mis seres queridos sepan que apreciaría lo siguiente para comodidad y apoyo (rituales, rezos, música, etc.):**

**6. Mis afiliaciones religiosas:**

Soy de la fe \_\_\_\_\_, y miembro de la comunidad de \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_. Por favor intenten notificarlos acerca de mi muerte y hagan los arreglos para que ellos proporcionen mi funeral / ceremonias / entierro. Quiero incluir en mi funeral, si es posible lo siguiente: (gente, música, rituales, etc.):

**7. Donación de órganos (deje en blanco si no tiene preferencias):**

\_\_\_\_\_ **Deseo donar** mis ojos, tejidos y/u órganos, si es posible. Mis deseos específicos (si los tiene) son:

\_\_\_\_\_ **No deseo donar** mis ojos, tejidos y/u órganos.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

- 7 -

## Parte 4: Autoridad legal

Bajo la ley de Minnesota, usted debe firmar este documento y fecharlo en presencia de dos testigos ó de un notario público. **Los residentes de Wisconsin deben firmar este documento y fecharlo enfrente de dos testigos. (Trabajadores sociales, capellanes son los dos únicos proveedores de cuidado de salud que pueden fungir como testigos en Wisconsin.)**

*He hecho este documento voluntariamente, con un pensamiento claro, y este documento expresa mis deseos acerca de las decisiones futuras del cuidado de mi salud:*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no puedo firmar ni nombre, pido que la siguiente persona firme por mí:* \_\_\_\_\_

Firma(de la persona que se le pide que firme) : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración del testigo:** Soy testigo de la firma de este documento. Certifico que no soy un agente designado en este documento.

Si soy proveedor del cuidado de la salud o empleado de un proveedor del cuidado de la salud cuidando directamente de la persona que se indica arriba, debo escribir mis iniciales en esta línea: \_\_\_\_\_. Al menos un testigo no debe ser proveedor o empleado de un proveedor y que le esté dando cuidado directo en el día que este documento es firmado. **Los testigos de Wisconsin no pueden estar relacionados por sangre, matrimonio, adopción o que sea su pareja domestica, tampoco puede tener derecho a la herencia de la persona ni puede ser responsable directo financieramente de su cuidado de la persona listada.**

### Testigo número uno:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Testigo número dos:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_

etiqueta del paciente \_\_\_\_\_



**Notario público:** En mi presencia en \_\_\_\_\_ (fecha), \_\_\_\_\_  
(nombre) reconozco como su firma en este documento o reconozco que él o ella autorizaron a la persona firmando este documento a firmar por él ó ella. Yo no soy el agente designado en este documento.

Firma del notario: \_\_\_\_\_

*Sello del notario:*

## Parte 5: Los pasos siguientes

Ahora que ha completado las directivas del cuidado de su salud, usted debe también seguir los siguientes pasos.

- Informe a la persona que lo ha elegido como su agente del cuidado de su salud, si no lo ha hecho ya. Asegúrese que él o ella pueda llevar a cabo este importante trabajo para usted en el futuro.
- Entregue una copia de sus directivas de cuidado de su salud a su agente.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan estar involucrados si usted sufre una lesión o enfermedad seria. Asegúrese de que ellos saben quién es su agente del cuidado de su salud, y de que saben sus deseos.
- Dele una copia de sus directivas del cuidado de su salud a su doctor. Asegúrese de que sus deseos sean entendidos y llevados a cabo.
- Guarde una copia de sus directivas donde pueda encontrarla fácilmente.
- Si va al hospital o a un asilo, lleve con usted una copia de sus directivas, y pida que la guarden junto con sus registros médicos.
- Revise sus deseos del cuidado de su salud cada vez que le hagan un examen físico o cuando ocurre cualquiera de los siguiente:
  - Cada década - cuando empiece una nueva década en su vida.
  - Muerte - cuando experimente la muerte de un ser querido.
  - Divorcio - cuando experimente un divorcio o un cambio mayor en la familia.
  - Diagnósis - cuando sea diagnosticado con una enfermedad de salud seria.
  - Declino - cuando experimente deterioro de una condición de salud existente, especialmente cuando no puede vivir por sí solo.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

- 10 -

**Copias de este documento se le han dado a:**

Agente Primario de Cuidado de la Salud (Principal) - Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Agente Alternativo de Cuidado de la Salud - Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Proveedores del Cuidado de la Salud / Clínica:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si sus deseos cambian, complete un nuevo formulario de directivas del cuidado de la salud y dígame a su agente, familia y doctor y a todas las personas que tengan una copia, que la directiva que ellos tienen es obsoleta.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN \_\_\_\_\_  
etiqueta del paciente \_\_\_\_\_

# Glosario de planificación anticipada de atención médica

## Antibióticos

Medicamentos que combaten las infecciones (por ejemplo, neumonía).

## Directiva de atención médica

Documento creado por usted donde detalla los tratamientos médicos y las medidas de mantenimiento vital que desea o no recibir en caso de que se presente una situación con riesgo de muerte.

## BiPAP (presión de aire positiva con dos niveles)

Tratamiento que se administra a través de una máscara para ayudarle a respirar. La máscara se coloca ajustada sobre la nariz y la boca.

## RCP (reanimación cardiopulmonar)

Procedimiento de emergencia para mantener el bombeo del corazón y el caudal de aire al cerebro. El procedimiento implica que otra persona respire dentro de su boca y ejerza presión sobre su pecho. Además, la persona utiliza medicamentos y equipos especiales para aplicar descargas eléctricas al corazón para que siga funcionando. Le pueden colocar un tubo en la garganta para ayudarle a respirar.

## Diálisis

Uso de una máquina para limpiar la sangre cuando los riñones no trabajan de forma normal. Los riñones ayudan al cuerpo a deshacerse de los desechos corporales y el líquido adicional de la sangre.

## Vía intravenosa (IV)

Tubo plástico flexible y muy estrecho que se coloca en una vena. Una vía IV es un método que se usa para suministrar líquidos, sangre y medicamentos.

## Hidratación y apoyo alimenticio

Uso de vías IV o sondas para suministrarle alimentos (nutrientes) o agua si no puede comer o beber.

## Alimentación por sonda

Uso de una sonda que se coloca en la nariz o el estómago. La sonda es un método que permite suministrar alimentos y líquidos si no puede tragar normalmente o ingerir suficiente comida o agua.

## Respirador

Máquina que introduce aire y oxígeno a los pulmones para ayudarle a respirar si no puede hacerlo por sus propios medios. La máquina se conecta a un tubo que pasa por la boca hasta llegar a la tráquea en la parte de atrás de la garganta.

## Instrucciones de reanimación

Palabras que los médicos usan para describir los procedimientos que se pueden realizar si el corazón de la persona se detiene o los pulmones no funcionan. Las instrucciones de reanimación pueden incluir: No intentar resucitación (Do Not Resuscitate, DNR), No intubar, (Do Not Intubate, DNI) o RCP.

- *DNR (no intentar resucitación)* No recurrir a la RCP si la respiración o el corazón de una persona se detienen.
- *DNI (no intubar)* No colocar un tubo de respiración en la garganta para asistir en la respiración.
- *No hospitalizar* No permitir que la persona pase la noche en el hospital.

CONTINÚA ATRÁS

# Glosario de planificación anticipada de atención médica

## CONTINÚA DEL FRENTE

### **Atención paliativa**

Tratamiento y atención médica para el alivio inmediato del dolor y los síntomas que excluye la respiración asistida con respirador, la hidratación y nutrición artificial y la rehospitalización. Por lo general, los tratamientos y la atención médica son provistos en un entorno comunitario y pueden incluir oxígeno y medicamentos para el alivio de los síntomas y el dolor.

### **Intervención limitada**

Atención médica destinada a tratar una enfermedad o lesión nueva o existente cuando la enfermedad se considera reversible. Cualquier tratamiento invasivo o que produzca molestias se proporciona por un período limitado de prueba.

### **Cuidados paliativos**

Tratamiento administrado únicamente para brindar comodidad y aliviar los síntomas, en lugar de curar la enfermedad.

### **Ordenes médicas del tratamiento para el sustento de vida (Provider Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)**

Durante una emergencia, este formulario firmado de órdenes médicas comunica a otros proveedores de la salud cuáles son sus deseos en cuanto a la atención médica para el final de su vida.

# Guía de planificación anticipada de atención médica

No existe una manera fácil de planificar sus futuras opciones de atención médica. Es un proceso que implica pensar y hablar sobre temas complejos y delicados.

Tiene derecho a que su equipo de atención médica le informe sobre sus opciones médicas. Además, deben explicarle los beneficios y riesgos de una forma en la que pueda comprenderlos. También tiene derecho a aceptar o rechazar estas opciones.

Use esta guía como ayuda para compartir sus sentimientos con su equipo de atención médica, familia, amigos y sus guías espirituales o religiosos. Piense en los tratamientos que le gustaría tener. No importa lo que decida, es importante que hable sobre sus opciones con las personas más allegadas a usted. Es posible que también desee escribir sus opciones.

No es fácil hablar sobre estos temas. Sin embargo, es posible que a sus seres queridos les resulte más difícil tomar decisiones sin saber qué es lo que usted quiere.

## Directiva de atención médica

### ¿Qué es una directiva de atención médica?

Una directiva de atención médica es el plan que usted crea para su atención médica futura. En ocasiones se denomina directiva anticipada.

En este plan, usted explica sus opciones de tratamiento. Además, puede designar a una persona para que tome estas decisiones por usted, si no puede tomarlas usted mismo. Esta persona es su representante de atención médica. Puede incluir una copia de su directiva de atención médica en su historia clínica.

No tiene que tomar ninguna decisión sobre la directiva de atención médica. Si usted decide no hacerlo, igualmente recibirá la atención médica que necesita.

### ¿Cómo obtengo una directiva de atención médica?

Solicite a su médico el formulario de la directiva de atención médica. También puede imprimirlo de [www.MetroDoctors.com](http://www.MetroDoctors.com).

### ¿Cuándo se utiliza mi directiva de atención médica?

En la medida que puede tomar sus propias decisiones, usted controla su atención médica. Si no puede tomar sus propias decisiones, su equipo de atención médica respetará sus deseos según lo indicado en su directiva de atención médica.

### ¿Puedo modificar mi directiva de atención médica?

Sí. La puede modificar en cualquier momento, siempre que esté en condiciones de tomar decisiones por su cuenta. Informe a su representante y equipo de atención médica sobre sus modificaciones.

### ¿A quién debo elegir como mi representante de atención médica?

Muchas personas eligen a un amigo o un miembro cercano de la familia. La persona que elige debe ser alguien:

- en quien pueda confiar;
- dispuesto a aceptar la responsabilidad;
- que cumpla con sus deseos, aunque no esté de acuerdo con ellos;
- que pueda lidiar con el hecho de tomar decisiones en situaciones de estrés.

Es posible que desee elegir alguna otra persona, en caso de que la primera opción no pueda o no quiera ser su representante. Por lo general, se desempeña un representante por vez, pero puede resultar útil hablar con ambas personas juntas sobre sus opciones.

CONTINÚA ATRÁS

# Guía de planificación anticipada de atención médica

## CONTINÚA DEL FRENTE

### ¿Qué sucede si me lesiono o enfermo mientras me encuentro lejos de casa?

Asegúrese de hablar sobre sus opciones con el representante de atención médica. Su representante también debe tener una copia de su directiva de atención médica para asegurarse de que usted reciba la atención que desea.

### ¿Qué sucede en caso de emergencia?

En caso de una emergencia, su equipo de atención médica puede comenzar con los tratamientos para prolongar su vida. Su equipo de atención médica detendrá estos tratamientos si toma conocimiento de los deseos que usted incluyó en su directiva de atención médica.

### ¿Necesito un abogado para completar una directiva de atención médica?

No. La ley no exige que tenga un abogado.

## Planificación anticipada para la atención médica

### ¿Cómo puedo planificar para situaciones médicas futuras?

No puede planificar para cada situación. Pero no tiene que hacerlo. Planifique para las situaciones en las que:

- de repente no puede tomar sus propias decisiones;
- la recuperación no sea posible;
- sufra una lesión grave o una pérdida de una función (por ejemplo, daño cerebral provocado por un accidente, un accidente cerebrovascular o una enfermedad de progresión lenta, como Alzheimer).

### ¿Cómo puedo hablar de estas situaciones con mis seres queridos?

Primero, planifique para usted. Luego, infórmeles a sus familiares o seres queridos sobre sus deseos. Dígales a sus seres queridos que usted no quiere que ellos tengan la responsabilidad de tomar decisiones por usted. A continuación, pregúnteles qué es lo que les gustaría para ellos mismos.

### ¿Con quién debo hablar?

Hable con aquellas personas que posiblemente estarán más involucradas en el caso de que usted llegara a estar muy enfermo. El hecho de que sus seres queridos sean personas cercanas a usted no significa que sepan qué atención médica usted desea recibir en el futuro. Si

necesita ayuda para hablar con sus familiares y amigos, pregúntele al equipo de atención médica si puede hablar con un intermediario.

### ¿De qué debo hablar?

Hable sobre lo siguiente:

- Quiénes deben tomar las decisiones por usted.
- Cómo deben tomar esas decisiones.
- Sus objetivos de atención médica si sufre un daño cerebral grave y permanente.
- Cuán grave debería ser la lesión para que usted diga “No usen tratamientos médicos para mantenerme con vida en ese estado”. Muchos dicen “No quiero actos heroicos” o “Si me voy a convertir en un vegetal, déjenme partir.” “No prolonguen mi vida conectándome a respiradores.” Sin embargo, estas declaraciones no son lo suficientemente específicas para guiar la toma de decisiones.

Debe describir cómo y cuándo su atención médica debe cambiar de tratar de mantenerlo con vida a dejarlo morir de forma natural. En algunos casos, es posible que ciertos tratamientos médicos no le ayuden a recuperarse y contar con la calidad de vida que le gustaría. Otros tratamientos, en cambio, pueden ofrecer atención paliativa. Pregúntese usted mismo:

- ¿En qué casos me gustaría continuar el tratamiento para tratar de mantenerme vivo y buscar recuperación?
- ¿En qué ocasiones me gustaría detener o negar ciertos tratamientos y aceptar la muerte?
- ¿En qué ocasiones me gustaría recibir atención paliativa? ¿Qué tipos de atención paliativa me gustaría recibir (por ejemplo, apoyo médico o espiritual)?

### ¿Necesito hablar con mi médico?

Hablar con su médico puede resultarle muy útil. Su médico puede revisar su directiva de atención médica para verificar si es clara y está completa. Además, su médico puede informarle si su equipo de atención médica apoyará sus decisiones.

### Twin Cities Medical Society

TELÉFONO: 612-362-3704

SITIO WEB: [www.MetroDoctors.com](http://www.MetroDoctors.com)

Copyright 2000-2011. Todos los derechos reservados.

Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.

Usa con licencia de

Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.

## RCP

### Qué debe saber con respecto a la planificación anticipada de atención médica

La RCP (reanimación cardiopulmonar) aumenta las posibilidades de recuperación si deja de respirar o su corazón deja de latir. La RCP es un procedimiento de emergencia para tratar de mantener el bombeo del corazón y el caudal de aire al cerebro.

La siguiente información puede ayudarle a decidir si desearía recibir RCP. El momento de tomar esta decisión es cuando usted conoce los hechos y está en condiciones de tomar sus propias decisiones. Hable con su médico para entender cuáles serían los beneficios y riesgos específicos de la RCP. Si le resulta útil, hable también con sus seres queridos, o guías espirituales o religiosos. Pueden ayudarle en el proceso de tomar decisiones, pero la elección depende de usted.

#### ¿Cómo se realiza la RCP?

La RCP implica que otra persona:

- respire dentro de su boca y ejerza presión sobre su pecho;
- use algún medicamento y equipos especiales para realizarle descargas eléctricas al corazón para que siga funcionando;
- le coloque un tubo en la garganta para ayudarle a respirar.

#### ¿Funciona la RCP?

La RCP no es un método tan efectivo como mucha gente piensa. En el hospital, menos de 1 de cada 5 personas (17 por ciento) tiene la posibilidad de recuperarse. Entre las personas de edad avanzada y más débiles que viven en asilos, alrededor de 1 en 30 (3 por ciento) se recupera después de la RCP.

*La RCP funciona de manera óptima si:*

- recibe la RCP en el lapso de unos pocos minutos desde que el corazón o los pulmones dejaron de funcionar;
- se encuentra en un buen estado de salud general.

*La RCP no funciona con la misma efectividad si:*

- tiene problemas de salud de larga data;
- tiene una enfermedad que ya no puede ser tratada de manera satisfactoria;
- es una persona mayor y débil.

#### ¿Qué sucede después de una RCP?

Después de una RCP, puede seguir teniendo otros problemas.

- Necesitará permanecer conectado a un respirador por un tiempo, debido a que los pulmones se encuentran débiles
- Necesita que le cuiden en una unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU)
- Puede sufrir un daño cerebral
- Puede sufrir un daño en las costillas

CONTINÚA ATRÁS

# RCP

## CONTINÚA DEL FRENTE

### ¿Cómo decido si quiero RCP?

Para ayudarle a tomar una decisión, considere la calidad de vida que tendrá después de una RCP.

Pregúntese que le gustaría hacer si:

- no puede respirar sin estar conectado a un respirador por mucho tiempo o para siempre;
- no puede pensar o hablar;
- no conoce a nadie.

### ¿Qué sucederá si decido que no quiero RCP?

Si usted no desea recibir RCP, igualmente tendrá la atención médica que necesita. Dispone de muchas opciones que le ayudarán a sentirse cómodo y a vivir lo mejor posible.

*Para proteger su derecho de disponer de que su equipo de atención médica cumpla con sus deseos sobre RCP, redacte una directiva de atención médica.*

Permita que su médico y familia estén al tanto de sus deseos. Una directiva de atención médica ayuda a que todos planifiquen las situaciones inesperadas.

### **Twin Cities Medical Society**

TELÉFONO: 612-362-3704

SITIO WEB: [www.MetroDoctors.com](http://www.MetroDoctors.com)

*Copyright 2000-2011. Todos los derechos reservados.*

*Gunderson Lutheran Medical Foundation, Inc.*

*Usa con licencia de*

*Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.*



# Representante de atención médica

Usted ha sido elegido por \_\_\_\_\_ para desempeñarse como representante de atención médica.

La siguiente información le ayudará a entender qué significa ser un representante de atención médica y cómo debe prepararse para esta función.

## ¿Qué es un representante de atención médica?

Un representante de atención médica es una persona elegida para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de otra persona que no está en condiciones de tomar sus propias decisiones. Estas decisiones pueden estar relacionadas con la atención médica al final de la vida. Por lo general, uno o más médicos deciden el momento en que una persona no puede tomar sus propias decisiones.

## ¿Qué significa ser un representante de atención médica?

Ser el representante de la atención médica de una persona significa tomar decisiones que ellos tomarían si estuviesen en condiciones de hacerlo. La persona confía en usted para que cumpla sus deseos.

Un representante de atención médica debe estar capacitado para responder “Sí” a estas preguntas:

- ¿Estoy dispuesto a asumir esta función y sus responsabilidades?
- ¿Estoy al tanto de los deseos de la persona con respecto a las decisiones médicas futuras?

- ¿Puedo tomar las decisiones que la persona en cuestión desee que tome, aunque no esté de acuerdo con ellas?
- ¿Puedo tomar decisiones médicas importantes en situaciones de estrés?

Si su respuesta es “No” a cualquiera de estas preguntas, comparta sus inquietudes con la persona que le eligió.

## ¿Qué tipos de decisiones tomaría como representante de atención médica?

Es posible que tenga que tomar decisiones relacionadas con lo siguiente:

- Servicios o atención médica, como análisis, medicamentos y cirugías
- Detener un tratamiento, si esta es la decisión indicada de la persona o para su propio beneficio
- Interpretar los deseos de la persona
- Revisar y divulgar registros médicos
- Trasladar a la persona a otro centro de atención
- Elegir profesionales de la salud y organizaciones para que brinden atención

CONTINÚA ATRÁS

# Representante de atención médica

## CONTINÚA DEL FRENTE

### ¿Cómo puedo prepararme para ser un representante de atención médica?

Hable con la persona que le eligió como representante cuando esté en condiciones de tomar sus propias decisiones. Comprenda sus deseos con respecto a la atención médica futura. Asegúrese de hablar sobre las decisiones médicas que pueden presentarse al final de la vida. Es posible que deba hablar de vez en cuando para asegurarse de que las elecciones no han cambiado.

En ocasiones, las personas realizan declaraciones generales acerca de lo que les gustaría en ciertas situaciones:

- “Quiero morir con dignidad”.
- “Si vivo como un vegetal, no quiero continuar con vida”.
- “Solo procuren que esté cómodo”.

Estos tipos de enunciados tienen un significado diferente entre las personas. Pídale a la persona que le eligió como representante que le diga exactamente qué significan estos enunciados.

Algunas personas quieren que sus representantes de atención médica respeten sus deseos al pie de la letra. Otras personas quieren

que sus representantes tengan cierta flexibilidad para tomar decisiones. Averigüe cuánta flexibilidad tiene. Pregunte:

- “¿Es más importante seguir las instrucciones de la forma en que están escritas?”
- “¿O debo considerar las instrucciones junto con otra información y tomar la decisión más conveniente para la ocasión?”

Acompañe a la persona a las citas con el médico, cuando pueda. Es una oportunidad para que usted y el médico puedan conocerse. Pregunte sobre el estado de salud de la persona y las opciones sobre su atención médica.

Es posible que usted quiera hablar con otros profesionales que ayudan a las personas a tomar decisiones médicas. Estos profesionales pueden incluir intermediarios para la planificación anticipada de atención médica, trabajadores sociales y guías espirituales o religiosos.

Recuerde: hablar sobre estos temas puede resultar incómodo. Sin embargo, mientras más comprenda y tenga en claro los deseos de la persona, más seguro se sentirá para desempeñarse como representante de atención médica. Su preocupación y compromiso son verdaderamente un acto de amor.

## Twin Cities Medical Society

TELÉFONO: 612-362-3704

SITIO WEB: [www.MetroDoctors.com](http://www.MetroDoctors.com)

Copyright 2000-2011. Todos los derechos reservados.  
Gunderson Lutheran Medical Foundation, Inc.  
Usa con licencia de  
Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.

# Respiración asistida

## Qué debe saber con respecto a la planificación anticipada de atención médica

Si tiene un problema pulmonar que en algunos casos dificulta la respiración, existen opciones sobre cómo obtener ayuda para respirar con mayor facilidad. Las siguientes son algunas de estas opciones:

- Conectarse a una máquina para respirar llamada **respirador**
- Usar una máquina que cuenta con una máscara de presión de aire positiva con dos niveles denominada **BiPAP**
- Tomar **medicamentos**

La información a continuación puede ayudarle a decidir si desea recibir respiración asistida. El momento de tomar esta decisión es cuando usted conoce los hechos y está en condiciones de tomar sus propias decisiones. Hable con su médico para entender cuáles serían los beneficios y riesgos específicos cuando utiliza un respirador o una máscara BiPAP. Si le resulta útil, hable también con sus seres queridos, o guías espirituales o religiosos. Ellos pueden ayudarle en el proceso de tomar decisiones, pero la elección depende de usted.

### ¿Qué es un respirador?

Un respirador es una máquina que introduce aire y oxígeno en los pulmones para ayudarle a respirar. La máquina se conecta a un tubo que pasa por la boca hasta llegar a la tráquea en la parte de atrás de la garganta. La tráquea permite que el aire entre y salga del cuerpo. No puede hablar o tragar cuando el tubo del respirador se encuentra en la tráquea. Necesitará algún tipo de medicamento que le ayude a estar tranquilo para que el tubo permanezca en su lugar. Cuando se encuentre conectado a un respirador, usted recibirá cuidados médicos en la unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU).

### ¿Qué es un BiPAP?

BiPAP es un tratamiento que introduce oxígeno en los pulmones a través de una máscara. La máscara se coloca ajustada sobre la nariz y la boca. La máscara puede resultar incómoda. El aire puede dirigirse al estómago y causar dolor. Puede resultarle difícil hablar.

### ¿Funcionan el respirador o el BiPAP?

*Un respirador o un BiPAP funcionan de manera óptima si:*

- su problema pulmonar puede solucionarse;
- necesita respiración asistida durante un lapso breve para recuperarse de una cirugía o un enfermedad repentina.

CONTINÚA ATRÁS

# Respiración asistida

## CONTINÚA DEL FRENTE

*Un respirador o un BiPAP no funcionan con tanta efectividad si:*

- su cuerpo está dejando de responder (deja de funcionar) debido a problemas de salud de larga data;
- tiene una enfermedad que ya no puede ser tratada de manera satisfactoria;
- no puede tolerar un caudal de aire de alta presión necesario para transportar oxígeno dentro y fuera de los pulmones.

### **¿Cómo decido si deseo usar un respirador o un BiPAP?**

Para ayudarle a tomar una decisión, considere la calidad de vida que puede tener al usar un respirador o un BiPAP.

Pregúntese que le gustaría hacer si:

- el respirador o el BiPAP no funcionan;
- su salud empeora;
- no puede pensar o hablar.

### **¿Qué sucederá si decido que no quiero un respirador o un BiPAP?**

Si no puede respirar por su cuenta o con asistencia, morirá de manera natural. Si decide que no desea usar una máquina para respirar o para tratar su problema pulmonar, quizás le provoque temor pensar que no podrá respirar. Sin embargo, dispone de muchas opciones para ayudarle a sentirse cómodo.

Puede tomar medicamentos que le ayuden a relajarse, calmar su miedo y controlar sus problemas de respiración tanto como sea posible. Además, puede recibir oxígeno a través de un tubo que se coloca en la nariz, o recurrir a la meditación o a plegarias para que le ayuden a estar cómodo.

*Para proteger su derecho de disponer de que su equipo de atención médica cumpla con sus deseos sobre el uso de un respirador o un BiPAP, redacte una directiva de atención médica.*

Permita que su médico y familia estén al tanto de sus deseos. Una directiva de atención médica ayuda a que todos planifiquen las situaciones inesperadas.

## **Twin Cities Medical Society**

TELÉFONO: 612-362-3704

SITIO WEB: [www.MetroDoctors.com](http://www.MetroDoctors.com)

*Copyright 2000-2011. Todos los derechos reservados.*

*Gunderson Lutheran Medical Foundation, Inc.*

*Usa con licencia de*

*Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.*

# Alimentación por sonda

## Qué debe saber con respecto a la planificación anticipada de atención médica

La alimentación por sonda es un método para suministrar alimento y agua, en el caso de que usted no pueda tragar normalmente o ingerir suficiente agua o alimento. A medida que envejece o si presenta problemas de salud, tragar e ingerir suficiente alimento o agua puede resultar difícil.

La siguiente información puede ayudarle a decidir si desearía ser alimentado por sonda. El momento de tomar esta decisión es cuando usted conoce los hechos y está en condiciones de tomar sus propias decisiones. Hable con su médico para entender cuáles serían los beneficios y riesgos específicos relacionados con la alimentación por sonda. Si le resulta útil, hable también con sus seres queridos, o guías espirituales o religiosos. Pueden ayudarle en el proceso de tomar decisiones, pero la elección depende de usted.

### ¿Cómo se realiza la alimentación por sonda?

Los métodos de alimentación por sonda incluyen colocar una sonda:

- a través de la nariz hasta el estómago;
- a través de la piel hasta el estómago.

El alimento (nutrientes), el agua u otros líquidos se bombean lentamente a través de la sonda.

### ¿Funciona la alimentación por sonda?

*La alimentación por sonda funciona de manera óptima si:*

- necesita alimentación por sonda por un lapso breve para recuperarse de una cirugía o un enfermedad repentina;
- se encuentra en un buen estado de salud general.

*La alimentación por sonda no funciona con la misma efectividad si:*

- su cuerpo se debilita debido a problemas de salud de larga data;

- tiene una enfermedad que ya no puede ser tratada de manera satisfactoria;
- es una persona mayor y débil.

### ¿Cuáles son los riesgos de recurrir a la alimentación por sonda?

La alimentación por sonda puede provocar algunos problemas.

- El alimento se puede dispersar por los pulmones y provocar una infección (por ejemplo, neumonía)
- Se puede acumular líquido si el cuerpo no funciona correctamente y no puede ingerir alimentos ni agua
- El líquido que se acumula en los pulmones, el estómago, las manos y en cualquier otro parte del cuerpo puede causar molestias

CONTINÚA ATRÁS

# Alimentación por sonda

## CONTINÚA DEL FRENTE

- Es posible que sea necesario atarle las manos para que no se quite la sonda

### ¿Cómo decido si deseo alimentación por sonda?

Para ayudarle a tomar una decisión, considere la calidad de vida que podría tener si recurre a la alimentación por sonda. Pregúntese que le gustaría hacer si:

- la alimentación por sonda no funciona;
- su salud empeora;
- no puede pensar o hablar.

### ¿Qué sucederá si decido que no deseo recibir alimentación por sonda?

Sin alimento ni agua, morirá de forma natural. No sentirá hambre, aunque podrá sentirse sediento y tener la boca seca. Los cubos de hielo pueden ayudar a calmar la sed.

Puede provocarle temor pensar que no recibirá alimento o agua. Sin embargo, dispone de muchas opciones que le ayudarán a vivir lo mejor posible y sentirse cómodo.

*Para proteger su derecho de disponer de que su equipo de atención médica cumpla con sus deseos sobre la alimentación por sonda, redacte una directiva de atención médica. Permita que su médico y familia estén al tanto de sus deseos. Una directiva de atención médica ayuda a que todos planifiquen las situaciones inesperadas.*

## Twin Cities Medical Society

TELÉFONO: 612-362-3704

SITIO WEB: [www.MetroDoctors.com](http://www.MetroDoctors.com)

Copyright 2000-2011. Todos los derechos reservados.  
Gunderson Lutheran Medical Foundation, Inc.  
Usa con licencia de  
Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.