

# Decisiones importantes

## *Información sobre cuestiones que posiblemente deba considerar con su familia y el médico*

En el hospital, a menudo se deben tomar decisiones sobre los tratamientos médicos a seguir al final de la vida. La hábil aplicación de tecnología médica avanzada a menudo puede contribuir notablemente a la cura. Otras veces, sin embargo, no es realista esperar una mejoría significativa, y todos los esfuerzos parecen prolongar la inevitabilidad de la muerte en lugar de la vida. En momentos como estos, usted como paciente, su familia y el médico deben considerar las opciones ante una decisión difícil. Este folleto le proporciona la información que necesita para considerar y comprender estas decisiones, cómo se toman y cómo puede garantizar que se cumplan sus deseos.

## Antecedentes

### *Principio de carga-beneficio*

Un importante principio rector reconocido en la ética médica, la religión y la ley estadounidense es el *Principio de carga-beneficio*. Este principio reconoce que puede suspender un procedimiento médico cuando la carga o el riesgo que representa excede el beneficio real o esperado. Un paciente, la familia o un representante reconocido pueden hacer este juicio. Los representantes son designados para actuar en nombre de otra persona, a fin de cumplir los deseos de un paciente incompetente.

Los factores que deben tenerse en cuenta al evaluar las cargas y los beneficios incluyen los efectos del procedimiento sobre la calidad o la duración de la vida y los efectos en el bienestar físico, mental, emocional y espiritual del paciente y su familia. Sin embargo, a lo largo de esta consideración cuidadosa y exhaustiva, el énfasis y el objetivo principales consisten en determinar e implementar los deseos del paciente o, si se desconocen dichos deseos, velar por los intereses del paciente. La mejor manera para que un paciente mantenga su autonomía con respecto a las decisiones de atención médica es ejecutar una *Declaración Jurada sobre futura atención médica*, comúnmente conocida como un “testamento en vida”. Podrá encontrar más información sobre la *Declaración Jurada sobre futura atención médica* en este folleto.

# Posibles preguntas

## *Formulación de preguntas*

Hay muchas preguntas relacionadas con los conceptos de suspensión de procedimientos de reanimación y otros tratamientos para prolongar la vida; estas pueden ser preguntas a las que no esperaba enfrentarse. Por este motivo, es posible que no sepa cómo tomar decisiones con respecto a estas cuestiones. Conversar sobre estas cuestiones con su familia, un clérigo o amigos cercanos puede ser un importante primer paso en el proceso. También es posible que desee hacerles preguntas a las personas responsables de la atención médica. Le recomendamos que obtenga la mayor cantidad de información posible de todas las personas que lo rodean para tomar una decisión informada y meditada. El médico tratante debe ser la principal fuente de información con respecto a los aspectos médicos de la atención. Las enfermeras, los capellanes de los hospitales y otras personas también pueden ser importantes recursos para obtener información y orientación. Como en la mayoría de las situaciones, mantener la comunicación abierta es la mejor manera de evitar malentendidos.

## *¿Qué son los tratamientos para prolongar la vida?*

Los tratamientos para prolongar la vida pueden incluir: nutrición e hidratación administradas artificialmente (por vía intravenosa u otras vías de alimentación, ya sea por vía nasal o a través de una incisión en el estómago), respiradores o ventilación mecánica, cirugía, transfusión de sangre, hemodiálisis, medicamentos y tratamientos oncológicos de quimioterapia (por ejemplo, antibióticos).

## *¿Qué es una orden de “no reanimar” (DNR)?*

Una orden de no reanimar es un acuerdo que establece que no se harán intentos a través de ningún método para reactivar la función cardíaca o pulmonar si una persona deja de respirar o si su corazón deja de latir. En general, cuando se detiene la función cardíaca o pulmonar, la respuesta es hacer todo lo posible para restaurar y mantener esas funciones, incluido el uso de reanimación cardiopulmonar y, si es necesario, medidas mecánicas o de otro tipo. Una orden de *no reanimar* implica que no se utilizará ninguno de estos procedimientos para intentar reanimar al paciente. Esta orden solo se dará una vez que el médico haya discutido el estado clínico con el paciente o el representante de la toma de decisiones y que ambos estén de acuerdo.

## *¿Cómo puede renunciar a estos tratamientos y procedimientos?*

Si un paciente mentalmente competente decide que no desea recibir reanimación o un tratamiento para prolongar la vida, debe discutirlo con el médico tratante. Si una persona es mentalmente incompetente, normalmente se respetará una declaración de intención previa establecida en una *Declaración Jurada sobre futura atención médica* (testamento en vida) o la decisión unificada de la familia del paciente o un representante reconocido. Tal decisión debe discutirse con el médico tratante del paciente. A menudo puede resultarle útil obtener una segunda opinión de un médico independiente antes de tomar esta decisión.

## *¿Esta decisión afectará la atención proporcionada?*

Una orden para suspender o retirar el tratamiento no significa que se interrumpirán otros servicios de atención al paciente. Siempre se consolará al paciente y se le brindarán cuidados paliativos.

## *¿Se puede cancelar una orden?*

Se puede revocar una orden de *no reanimar* o una decisión con respecto a un tratamiento para prolongar la vida en cualquier momento solicitando una cancelación de la orden del médico tratante por escrito.

# Cómo asegurarse de que se cumplan sus deseos

## *Asuma la responsabilidad*

Aunque nadie espera tener que tomar esta decisión, cualquiera puede tener que enfrentarla alguna vez. Es difícil tomar una decisión sensata en medio de una crisis inesperada. Lo mejor es discutir sus pensamientos y sus deseos con respecto a la atención médica con sus seres queridos, clérigos y cuidadores antes de enfermarse. Este es también el mejor momento para dar a conocer sus deseos a través de una *Declaración Jurada sobre futura atención médica*, un documento que describe el tipo de atención médica que desea recibir en caso de que no pueda tomar estas decisiones por su cuenta.

## *Considere elaborar una Declaración Jurada sobre futura atención médica*

Existen tres tipos de *Declaraciones Juradas sobre futura atención médica*. Una *Declaración Jurada de instrucción* (también llamada “testamento en vida”) describe el tipo de tratamiento que rechazaría o aceptaría en determinadas situaciones. Dado que es difícil tener en cuenta todas las posibilidades, puede optar por utilizar una *Declaración Jurada de representación* (también llamada “Poder duradero para servicios médicos”), que le permite nombrar a un representante para que tome decisiones con respecto a la atención médica en su nombre. Tiene derecho a designar a una persona de su elección como su representante de atención médica, incluidos, entre otros, un cónyuge, una pareja doméstica (incluida una pareja del mismo sexo), una pareja en una unión civil, un familiar o un amigo. Finalmente, puede optar por la ejecución de una *Declaración Jurada mixta*, que le permite dar instrucciones para diversos escenarios posibles y nombrar a un representante de atención médica.

Recuerde que el propósito de una *Declaración Jurada sobre futura atención médica* es permitirle controlar las decisiones sobre la atención médica en caso de que ya no pueda comunicarse. Este documento solo entrará en vigor cuando usted se encuentre ante una situación de este tipo, y solo cuando su médico pueda ofrecer un diagnóstico y un pronóstico. Una *Declaración Jurada* escrita con claridad le ayudará a prevenir desacuerdos entre sus seres queridos y aliviará parte de la carga que implica la toma de decisiones y que a menudo experimentan los miembros de la familia y los proveedores de atención médica. También evitará la necesidad de obtener un tutor designado por un tribunal para aquellos que no tienen familia y no han nombrado a un representante.

## ***¿Cómo puedo obtener una Declaración Jurada sobre futura atención médica?***

Las *Declaraciones Juradas sobre futura atención médica* están a su disposición en todas las unidades de atención médica, en el *Departamento* de asistencia espiritual y en la Oficina de administración de personal médico de The Valley Hospital; también puede solicitarle la documentación al personal de enfermería de Valley Home Care y Valley Hospice o puede obtenerla en cualquier oficina de Valley Medical Group. También se proporciona una *Declaración Jurada sobre futura atención médica* como parte de este folleto. También pueden obtenerla a través de su médico o abogado, así como de la Medical Society of New Jersey. Tenga en cuenta lo siguiente: Le recomendamos que consulte con un profesional antes de completar los formularios de testamento en vida, declaraciones juradas o poder para servicios médicos.

## ***Resolución de conflictos***

Al enfrentarse a problemas y decisiones difíciles sobre el cuidado de un ser querido, las familias pueden encontrar conflictos y desacuerdos que generalmente pueden resolverse a través de una comunicación abierta. Para facilitar el proceso de comunicación abierta, el Comité de Ética Biomédica está a su disposición y la de su familia. Pídale a su enfermera, al supervisor de enfermería o a la oficina del vicepresidente y director de asuntos médicos del The Valley Hospital, a su enfermera en Valley Home Care y Valley Hospice, o a su médico o enfermera practicante en Valley Medical Group que se comunique con el Comité en su nombre.

## ***Sección 1557: Aviso de no discriminación***

The Valley Hospital cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Para obtener más información, ingrese a [ValleyHealth.com/Nondiscrimination](http://ValleyHealth.com/Nondiscrimination).

Rev. 10/18

## DECLARACIÓN JURADA SOBRE FUTURA ATENCIÓN MÉDICA

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_, declaro y doy a conocer mis instrucciones y deseo para mi atención médica en el futuro. Esta *Declaración Jurada sobre futura atención médica* entrará en vigor en caso de que no pueda tomar decisiones con respecto a mi propia atención médica, según lo determine el médico que tiene la responsabilidad principal de mi atención, y cualquier determinación de confirmación necesaria.

### DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Por medio de la presente designo a: Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

como mi representante de atención médica, para que tome todas las decisiones de atención médica correes, incluidas las decisiones de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o tratar mi condición física o mental, y las decisiones de proporcionar, suspender o retirar medidas de soporte vital. Entiendo que mi representante de atención médica puede tener acceso a mi información confidencial de salud en virtud de la Ley de transferibilidad y responsabilidad de seguros médicos. Entiendo que tengo derecho a designar a una persona de su elección como mi representante de atención médica, incluidos, entre otros, un cónyuge, una pareja doméstica (incluida una pareja del mismo sexo), una pareja en una unión civil, un familiar o un amigo.

Si la persona a la que designé anteriormente no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi representante de atención médica, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que actúe(n) como mi(s) representante(s) de atención médica, en el orden de prioridad establecido:

1. Nombre _____	2. Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono _____	Teléfono _____

### DECLARACIÓN JURADA DE INSTRUCCIÓN

Entiendo que puede llegar un momento en que me diagnostiquen una enfermedad, lesión, enfermedad o afección incurable e irreversible que pueda ser o no terminal. Además, puede llegar un momento en el que pierda el conocimiento permanentemente, es decir, en el que pierda total e irreversiblemente mi capacidad de interacción con otras personas y con mi entorno. En cualquiera de estas circunstancias, por la presente instruyo que se suspendan o interrumpan las medidas de soporte vital marcadas a continuación. También instruyo que me administren medicamentos para confortarme al final de mi vida y que cualquier tratamiento que sirva para prolongar mi vida se interrumpa o suspenda.

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Líquidos y nutrición proporcionados artificialmente | <input type="checkbox"/> Antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia respiratoria                             | <input type="checkbox"/> Cirugía      |
| <input type="checkbox"/> Reanimación cardiopulmonar (RCP)                    | <input type="checkbox"/> Diálisis     |

(La lista anterior no es exhaustiva; si lo desea, puede añadir otras medidas.)

### INSTRUCCIONES ADICIONALES

Debe proporcionar cualquier información adicional sobre sus preferencias de atención médica que sea importante para usted y que pueda ayudar a los interesados en su atención a cumplir sus deseos. Si desea continuar con el tratamiento en cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente, debe indicarlo. Si está embarazada, o cree que puede llegar a estarlo, le recomendamos que incluya instrucciones específicas al respecto. Si necesita más espacio que el provisto aquí, puede adjuntar una declaración adicional a esta *Declaración Jurada*.

---

---

---

---

*Continúa en el reverso*

# DECLARACIÓN JURADA SOBRE FUTURA ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

## MUERTE CEREBRAL

El estado de Nueva Jersey reconoce el cese irreversible de todas las funciones cerebrales, incluido el tronco encefálico (también conocido como "muerte cerebral total"), como una norma jurídica para declarar la muerte. Sin embargo, las personas que no pueden aceptar esta norma debido a sus creencias religiosas personales pueden solicitar que no se aplique para determinar su muerte. Si este es su caso, indíquelo en el espacio provisto.

---

## AUTOPSIA

Por medio de la presente, autorizo a mi representante de atención médica a tomar decisiones con respecto a la autopsia, a menos que lo determine la ley.

Sí  No

## DESPUÉS DE LA MUERTE: DONACIÓN ANATÓMICA

Ahora es posible trasplantar órganos y tejidos humanos para salvar y mejorar la vida de otras personas. También se utilizan órganos, tejidos y otras partes del cuerpo para terapia, investigación médica y educación. Deseo que mi representante de atención médica considere donar mis órganos después de mi muerte.

Sí  No

## FIRMA

Mi intención al elaborar esta *Declaración Jurada sobre futura atención médica* es informar a quienes les pueda confiar mis deseos de salud y aliviar la carga de la toma de decisiones que puede imponer esta responsabilidad. He discutido los términos de esta designación con mi representante de atención médica y él/ella ha aceptado voluntariamente la responsabilidad de actuar en mi nombre de conformidad con esta directiva. Por la presente, libero de toda responsabilidad a cualquier persona o entidad que realice alguna acción para llevar a cabo mis deseos de conformidad con esta *Declaración Jurada*. Entiendo el propósito y el efecto de este documento y lo firmo a sabiendas, de forma voluntaria y después de una cuidadosa deliberación.

Firmado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TESTIGOS\*

Declaro que la persona que firmó este documento o que le solicitó a otra persona que firme este documento en su nombre, lo hizo en mi presencia y que parece estar mentalmente sano y libre de coacción o de una influencia indebida. Tengo 18 años de edad o más y no he sido designado por este u otro documento como el representante de atención médica de la persona, ni como representante suplente de atención médica.

1. Testigo _____	2. Testigo _____
Firma _____	Firma _____
Fecha _____	Fecha _____

\*En lugar de firmarse ante testigos, este documento puede ser notariado.

Suscrito y jurado ante mí a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

---

Notario público