

Educación para el paciente y la familia
intermountainhealth.org



Making Choices[®]

Cuaderno de trabajo de la
planificación anticipada de
cuidados médicos



Índice:

Paso 1: ¿Quién hablará por usted?..... 3

- Preparación de su agente de cuidados médicos

Paso 2: ¿Qué es lo más importante para usted?..... 4

- Su salud actual
- Sus experiencias de atención médica
- Sus valores y creencias

Paso 3: Hoja de trabajo para elegir su atención 7

- Su atención
- Ejemplos a considerar
- Opciones de tratamiento para RCP y respiración a considerar

Paso 4: Documentación de mis decisiones 10

Paso 5: Compartir sus decisiones 11

Respecting Choices®
PERSON-CENTERED CARE

Adaptado por Intermountain Health con permiso de Respecting Choices® según el acuerdo de licencia.
© Copyright 2024 GLMF, Inc. Todos los derechos reservados.



La tranquilidad viene de la preparación

Es posible que haya un momento en el que no podrá tomar sus propias decisiones médicas a causa de una enfermedad grave o una lesión. En esos momentos, alguien más tendrá que tomar esas decisiones médicas por usted.

Intermountain Health ha creado esta herramienta para ayudarle a organizar sus pensamientos y luego compartirlos con sus proveedores, familiares y amigos. No es una prueba y no hay respuestas correctas ni incorrectas. Sus respuestas ayudarán a sus seres queridos a tomar decisiones por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

Es posible que piense que no necesita hacer estos planes ahora. Pero es importante que empiece a planear temprano. A menudo las personas piensan que es muy temprano hasta que es muy tarde.

Tómese su tiempo y lea este folleto detenidamente y escriba sus preguntas. No tiene que tomar todas estas decisiones de una vez, pero es un buen comienzo.



Paso 1: ¿Quién hablará por usted?

Una parte importante de la planificación es escoger quién deberá tomar las decisiones médicas en el caso que usted no pueda tomarlas. Esta persona se llama **agente de cuidados médicos**. Muchas personas escogen a un familiar, pero usted puede escoger a cualquier persona mayor de 18 años. Usted tiene que confiar en esta persona para:

- Aceptar esta responsabilidad.
- Hablar con usted sobre las cosas que son más importantes.
- Seguir sus instrucciones de las que ha hablado y escrito.
- Ser capaz de tomar decisiones difíciles.

Preparación de su agente de cuidados médicos

Su agente de cuidados médicos necesita entender sus deseos de atención médica del futuro y qué es más importante para usted. **Las mejores maneras de hacer esto son:**

- Invitar a su agente de cuidados médicos a sus citas médicas
- Dejar que su agente de cuidados médicos haga preguntas acerca de sus deseos
- Sentarse y hablar acerca de sus deseos médicos

Use este cuaderno de trabajo para ayudarle a determinar qué es lo más importante para usted.

Cosas a considerar al escoger un agente de cuidados médicos

La persona a la que usted escoja como su agente de cuidados médicos deberá:

- Aceptar el rol y ser responsable.
- Hablar con usted acerca de la atención médica que usted quiere o no quiere si tiene una enfermedad o lesión grave.
- Poder seguir sus decisiones de atención médica incluso si no están de acuerdo.
- Poder tomar estas decisiones médicas en situaciones difíciles y a menudo estresantes.



Paso 2: ¿Qué es lo más importante para usted?

Su salud actual

- 1 ¿Tiene problemas de salud en este momento?** (Ejemplo: diabetes, COPD, artritis reumatoide, enfermedad renal, otros): _____

- 2 ¿Qué le preocupa de sus problemas de salud?** _____

- 3 ¿Qué problemas de salud teme en el futuro?** (Ejemplo: “Mi mamá tiene un enfermedad cardíaca. Me preocupa que me pueda dar lo mismo”) _____

Sus experiencias de atención médica

- 1 Piense en un momento en el que estuvo hospitalizado. ¿Qué salió bien?** _____

- 2 ¿Qué cambiaría?** _____

- 3 Piense en un momento en el que un familiar o amigo estuvo hospitalizado o tuvo que tomar una gran decisión médica. ¿Qué fue lo bueno de ese momento? ¿Qué salió bien?** _____

- 4 ¿Qué desearía que fuera diferente?** _____

- 5 ¿Qué desearía si estuviera en la misma situación?** _____

Sus valores y creencias

1 ¿Qué tipo de cosas le dan alegría? _____

2 Si un problema de salud le impidió realizarlas, ¿cómo cambiaría el sentido de su vida? _____

3 ¿Cómo le gustaría que su cultura se incluyera en sus cuidados médicos? (Ejemplo: “Creo en la terapia de frío y calor” o bien “Por favor dirija todas las preguntas a mi abuela, ella es la matriarca de la familia”.) _____

4 ¿Cómo influye su religión, fe, espiritualidad u otros sistemas de creencias al tomar decisiones médicas? ¿Acepta la atención médica? _____

5 Según sus respuestas de arriba, ¿qué le ayudaría a vivir mejor ahora? (Ejemplo: “Ya que me encanta cocinar, quiero inscribirme a una clase de cocina mientras aun puedo” o bien “Dado que la espiritualidad es tan importante para mí, necesito agendar una cita con mi asesor de atención espiritual para analizar mis necesidades.”) _____

¿Qué más es lo importante que su agente de cuidados médicos deba saber sobre usted?



Hoja de trabajo:

¿Qué es lo que un agente de cuidados médicos necesita saber acerca de mí?

Es posible que estas escalas le ayuden a pensar sobre cómo quisiera tomar decisiones y cómo preferiría que se comparta su información médica.

Quisiera saber:

1 = no es importante 1 = muy importante

Todos los detalles sobre mi enfermedad y los tratamientos

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A medida que los médicos me tratan, me gustaría:

Tener voz y voto en cada decisión

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si tuviera una enfermedad que acortara mi vida, preferiría:

No saber cuán rápido podría progresar

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Control del dolor:

Quiero evitar el dolor y sufrimiento, incluso si eso significa que podría morir antes

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alerta:

Quiero ser capaz de hablar con aquellos a mi alrededor, incluso si eso significa sentir dolor

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entorno:

Quiero ser capaz de sentir que alguien me está tocando

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si es posible, quiero morir en casa

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otros:

Quiero ser capaz de contar mi historia y dejar buenos recuerdos a otras personas

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quiero ser capaz de reconciliar cualquier diferencia y decir adiós a mi familiares y amigos

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Paso 3: elegir su atención

Su atención

Es importante planificar para cuando usted:

- De repente no es capaz de tomar sus propias decisiones.
- Claramente tendrá poca o ninguna recuperación.
- Tenga una lesión grave o pérdida de funciones.

Es posible que estas cosas sean la causa de una lesión cerebral o una enfermedad de desarrollo lento como el Alzheimer. Para planificar estas cosas, muchas personas dicen:

- “Si voy a ser un vegetal, déjenme ir”.
- “Sin heroísmo”
- “No me mantengan vivo con máquinas”

Mientras que estas declaraciones son un comienzo, no son claras para su agente de cuidados médicos y su equipo de atención.

Necesita describir cuándo tiene sentido cambiar la prolongación de su vida a permitir una muerte natural. Las siguientes preguntas y escenarios le ayudarán a pintar una imagen clara a su agente de cuidados médicos y su equipo de atención.

Algunos ejemplos de tratamiento y opciones de atención pueden incluir:

- Cirugía
- Diálisis
- Antibióticos
- Soporte de oxígeno
- Quimioterapia o radioterapia
- Nutrición artificial a corto y largo plazo (sonda de alimentación)
- Intubación (tubo respiratorio conectado a un respirador; requiere tratamiento en la ICU)
- Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, atención a corto plazo en un hogar de ancianos)
- Control del dolor
- Transfusiones de productos sanguíneos

1 ¿Cuál de estas opciones de tratamiento consideraría? (Encierre en un círculo las opciones arriba que elegiría)

2 ¿Qué tratamientos desearía que no están en esa lista? _____

3 ¿Cuándo tendría sentido parar o suspender ciertos tratamientos, y aceptar una muerte natural cuando llegue?

Por ejemplo: “Si tuviera que estar conectado a una máquina por el resto de mi vida” o “Si supiera quién soy o si supiera quienes son las personas a mi alrededor cuando despertase”. _____

4 ¿Los objetivos que escribió en la hoja de trabajo “¿Qué es lo más importante?” coinciden con lo que elegiría para continuar y suspender los tratamientos en la pregunta n.º 1?

Si la respuesta es no, ¿cuál sería un objetivo que coincida con lo que más le importa? _____

5 ¿El costo del tratamiento influiría en su decisión de recibir atención médica? Si es así, ¿por qué? _____



Periodos de prueba

Es posible que quiera intentar algunos tratamientos por un corto tiempo y ver si ayudan. Puede cambiar de opinión en cualquier momento y informarle a su agente de cuidados médicos que pare el tratamiento y permita una muerte natural.

Aquí le mostramos algunos ejemplos de cómo una periodo de prueba puede ser escrito en su directiva anticipada.

- “Estoy dispuesto en probar nutrición artificial por 4 semanas. Si después de las 4 semanas mi médico piensa que no he progresado y no progresaré con más tratamiento, entonces elijo la nutrición artificial y permito la muerte natural”.
- “Estoy dispuesto a intentar intubación por 2 semanas. Si después de el periodo de prueba no mejoro, entonces elijo que mi agente de cuidados médicos pare la intubación y permita la muerte natural”.

Ejemplos a considerar

En esta página y la siguiente hay ejemplos de lesiones, enfermedades o tratamientos que podría enfrentar en el futuro. Considere el tipo de atención que quisiera para cada situación.



Daño cerebral permanente

Tengo una complicación grave de un accidente o una enfermedad. Tengo una gran probabilidad de sobrevivir a esta complicación. Es muy probable que nunca sepa quién soy ni con quién estoy, y necesite atención médica las 24 horas del día. En esta situación, elijo lo siguiente: (cualquiera que sea mi elección, quiero que se me mantenga lo más cómodo posible)

- Continuar todo el tratamiento para que pueda vivir el mayor tiempo posible. El objetivo es prolongar la vida por todos los medios médicos efectivos posibles.** Aunque mantenerse vivo para mi es importante, me gustaría detener el tratamiento si se produce alguno de los siguientes resultados inaceptables (periodo de tiempo en la máquina, incapacidad de controlar los síntomas, etc.):

- Detener todos los esfuerzos de mantenerme vivo.** El objetivo es aumentar al máximo la comodidad y permitir una muerte natural.



Discapacidad física permanente

Tengo una complicación grave de un accidente o una enfermedad. Tengo una gran probabilidad de sobrevivir a esta complicación. Es muy probable que nunca vuelva a caminar o hablar (o ambos). Necesito atención médica las 24 horas del día. En esta situación, elijo lo siguiente: (cualquiera que sea mi elección, quiero que se me mantenga lo más cómodo posible)

- Continuar todo el tratamiento para que pueda vivir el mayor tiempo posible. El objetivo es prolongar la vida por todos los medios médicos efectivos posibles.** Aunque mantenerse vivo para mi es importante, me gustaría detener el tratamiento si se produce alguno de los siguientes resultados inaceptables (periodo de tiempo en la máquina, incapacidad de controlar los síntomas, etc.):

- Detener todos los esfuerzos de mantenerme vivo.** El objetivo es aumentar al máximo la comodidad y permitir una muerte natural.



Estancia hospitalaria prolongada

Tengo una complicación grave de una enfermedad (o tratamiento de la enfermedad). Estoy enfrentando una estancia hospitalaria de largo plazo, necesitando atención médica continua, Y mi probabilidad de sobrevivir a esta complicación es baja (por ejemplo, solo 5 de cada 100 pacientes sobreviven). En este caso, elijo lo siguiente: (cualquiera que se mi elección, quiero que se me mantenga lo más cómodo posible)

- Continuar todo el tratamiento para que pueda vivir el mayor tiempo posible. El objetivo es prolongar la vida por todos los medios médicos efectivos posibles.** Aunque mantenerse vivo para mí es importante, me gustaría detener el tratamiento si se produce alguno de los siguientes resultados inaceptables (periodo de tiempo en la máquina, incapacidad de controlar los síntomas, etc.):

- Detener todos los esfuerzos de mantenerme vivo.** El objetivo es aumentar al máximo la comodidad y permitir una muerte natural. Para mí, la probabilidad de supervivencia baja es:

Opciones de tratamiento para RCP y respiración a considerar



RCP: si de repente sucede algo que haga que mi corazón y respiración se detengan, elegiría lo siguiente:

- Que se intente realizar RCP a menos que mi médico determine cualquiera de las siguientes situaciones**
 - Tengo una enfermedad o lesión incurable y me estoy muriendo
 - RCP podría hacerme más daño en lugar de ayudarme
- Que no se intente realizar RCP si mi corazón se detiene,** permitiendo una muerte natural.



Respiración: si sucede un evento en el que no puedo respirar por mí mismo, elegiría lo siguiente:

- Intentar usar cualquier método no invasivo apropiado** (como una máscara) para ayudarme a respirar; si este método falla:
 - Usar ventilación mecánica, O BIEN
 - No usar ventilación mecánica. No intentar ayudarme a respirar con métodos no invasivos o ventilación mecánica, permitiendo una muerte natural.
- No intentar ayudarme a respirar por** medios no invasivos o ventilación mecánica, permitiendo una muerte natural.

Paso 4: Documentación de mis decisiones

Es muy importante que escriba sus deseos y que sean claros y detallados. Es mejor escribir sus deseos en una **directiva anticipada de cuidados médicos** de su estado. (Vea el enlace en el Paso 5 para obtener el documento de directiva anticipada de su estado). Antes de llenar su directiva anticipada, describa lo que algunas frases comunes significan para usted. En el cuadro a continuación, le brindamos algunos ejemplos de declaraciones poco claras y mejores opciones de palabras.

1 Es posible que haya escuchado el término “ser un vegetal”. ¿Cómo describiría este término a su agente de cuidados médicos? _____

2 ¿Cómo describiría “medidas heroicas”? _____

¿Qué medidas heroicas quisiera? _____

¿Qué medidas heroicas **no** quisiera? _____

3 ¿Cómo definiría “ser una carga”? _____

Poco claro o vago	Más específico o claro
No quiero ser un “vegetal.”	<ul style="list-style-type: none"> No quiero continuar con la atención médica si no voy a saber quién soy ni con quién estoy.
No quiero “medidas heroicas.”	<ul style="list-style-type: none"> Si no voy a despertar y saber quién soy ni con quién estoy, quiero que detengan el tratamiento médico y permitir una muerte natural. Si me encuentran sin latidos ni sin respiración, no quiero que me resuciten.
No quiero “ser una carga.”	<ul style="list-style-type: none"> No quiero crear una factura médica grande para mi familia. Prefiero tener una muerte natural. No quiero que mi pareja ni mis hijos cambien su estilo de vida para cuidarme. Prefiero detener el tratamiento y permitir una muerte natural. Si no puedo alimentarme ni bañarme (o ambos), preferiría detener el tratamiento y permitir una muerte natural.

Paso 5: Compartir sus decisiones

Ahora que ha pensado en su atención y ha escrito sus decisiones, es hora de:

- 1 Hablar sobre sus sentimientos y elecciones con su familia, sus amigos, sus líderes espirituales y sus médicos.
- 2 Escriba sus elecciones. Use el formulario de su estado. Haga clic en el enlace a continuación para encontrar el formulario de la directiva anticipada de cuidados médicos de su estado o copie y pegue esta dirección en su navegador de internet:
<https://intermountainhealthcare.org/health-information/advance-directive>
- 3 Entregue copias a todos sus médicos, instalaciones médicas, su agente de cuidados médicos y a todos aquellos con los que quiera compartir sus elecciones.
- 4 Entregue los formularios a Intermountain Health para que se ingresen a su registro médico.

Utah y Idaho

Correo postal: Intermountain Health Advance Directive
PO Box 571069 Murray, UT 84157

Fax: use el formulario original para mandar un fax a: 801-903-1619

Correo electrónico: escanee todas las hojas del formulario y mándelas a: advancedirective@r1rcm.com

Todos los otros estados

En persona: Lleve una copia de sus documentos de planificación de atención anticipada al consultorio de su médico de cabecera.



Sesiones de aprendizaje GRATUITAS sobre cuidados avanzados

Para obtener más información sobre la planificación anticipada, únase a nosotros virtualmente para una de nuestras sesiones GRATUITAS para obtener más información.

- 1 Escanee el código QR a continuación con la cámara de su teléfono.
- 2 Haga clic en el enlace que aparece en la pantalla del teléfono.
- 3 Escoja la fecha y hora que desea atender.
- 4 Regístrese.

Recibirá un correo electrónico con instrucciones sobre cómo unirse.



Para encontrar este folleto y otros materiales de educación para el paciente,
visite: intermountainhealth.org



©2025 Intermountain Health. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye el consejo médico profesional y no debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema de salud o una enfermedad. Consulte a su proveedor de atención médica si tiene preguntas o inquietudes. ACP500aS - 00/25 (Last reviewed: 02/25) (Spanish translation by CommGap).