

MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA

DOCUMENTO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Qué es un DDA?

En la vida hay muchas situaciones que están fuera de nuestras manos.

Este documento te permitirá tomar el control sobre algo muy importante: cómo deseas que te traten en el caso de que perdieras la capacidad de comunicarte y/o participar en las decisiones asistenciales referidas a tu persona.

Es un formulario para completar y expresar exactamente lo que deseas. Una vez que lo completes y lo firmes debidamente, tendrá validez legal.

En 2009, en Argentina, se promulgó la Ley 26529 Salud Pública – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Esta ley significó un cambio importante en varios puntos e introdujo cuestiones realmente interesantes que todos (en calidad de posibles/potenciales pacientes) deberíamos conocer.

Esta ley fue revisada y modificada en Mayo de 2012 (ley 26742)

En el art 11 titulado “Directivas anticipadas” dice la ley: “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”

¿Qué es MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA?

Es un Documento de Directivas Anticipadas elaborado por la Asociación Civil El Faro que te permite expresar, además de tus deseos legales y médicos, la forma en que deseas ser tratado y acompañado en el final de tu vida.

MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA es una declaración de disposiciones en vida acerca de tus necesidades personales, emocionales y espirituales, así como de tus deseos sobre tratamientos médicos y demás cuidados .

Gracias a este documento, la persona que ejecutará tus decisiones, podrá decidir en tu nombre respecto del cuidado de su salud cuando tú no lo pueda hacer.

Con la conciencia de que algunas decisiones no son sencillas de tomar, recomendamos leer atentamente cada uno de los puntos. El llenado de este formulario puede propiciar importantes conversaciones con la familia y allegados y una toma de conciencia especial sobre aquello que es importante y valioso para cada individuo en el final de su vida.

Este documento puede ser modificado todas las veces que usted considere necesario e incluso revocado.

Toda persona capaz, mayor de 18 años, puede utilizar **“MI VIDA LA FINAL DE MI VIDA”**

¿En qué te ayudará el documento “MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA”?

- Te permitirá comunicarle a tu familia, amigos y médicos cómo deseas que te traten.
- Tus familiares no necesitarán adivinar lo que deseas. Este documento evitará que deban tomar decisiones en tu nombre, previniendo así situaciones conflictivas.
- Tu familia podrá conocer tus deseos, de modo que puedan brindarte apoyo cuando más lo necesites y comprenderte.

“MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA” está dividido en tres partes:

1. MI DECISIÓN LEGAL

La elección de las personas a quienes deseas designar para que te representen en el caso de que no puedas comunicarte.

¿Cómo seleccionar a la persona apropiada para que actúe como tu representante legal en decisiones del cuidado de salud?

Elige a una persona que te conozca bien, que te tenga aprecio y pueda tomar decisiones difíciles.

Tu cónyuge o un familiar tal vez no sean la mejor opción, porque están demasiado involucrados emocionalmente. No obstante, en algunas ocasiones, dichas personas pueden ser tu mejor elección.

Selecciona a alguien que pueda hacer que se respeten tus deseos. Asimismo, elige a una persona que resida cerca para que pueda ayudarte cuando lo necesites. Asegúrate de comunicarle lo que deseas y de que esté de acuerdo con respetar y cumplir dichos deseos.

Tu representante legal para decisiones de cuidado de la salud debe tener como mínimo 18 años.

2. EL TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO QUE DESEO O NO DESEO RECIBIR.

Esta parte se refiere a cualquier procedimiento médico, dispositivo o medicamento que se utilice para mantenerte con vida.

Puede incluir: dispositivos médicos que se te coloquen para respirar; alimentación e hidratación proporcionada mediante dispositivos médicos

(sonda nasogástrica); reanimación cardiopulmonar (RCP); cirugía de importancia; transfusiones de sangre; diálisis; antibióticos y cualquier otro medio utilizado para mantenerte con vida.

Nota: Adjunto a este documento, encontrarás un glosario de términos médicos a modo de guía para la lectura del texto.

3. EL GRADO DE COMODIDAD QUE ESPERO TENER, EL TRATO QUE ANHELO RECIBIR DE LA GENTE, LO QUE DESEO QUE MIS SERES QUERIDOS SEPAN.

Al finalizar esta sección, encontrarás la opción de agregar “otros deseos”. Por ejemplo, donar alguna o todas las partes de tu cuerpo. También es posible que desees elegir una organización de beneficencia para que reciba donaciones en tu memoria. Si necesitas más espacio, adjunta una hoja de papel adicional.

Cuando hayas completado el documento:

- Asegúrate de firmar este documento, de acuerdo con las instrucciones. Sólo entonces “MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA” será válido.
- Comunícale tus deseos a tu representante legal, a miembros de tu familia y demás encargados de tu cuidado.
- Proporcionales copias de este documento debidamente ejecutado.
- Mantén el original en un lugar específico en tu hogar. NO lo deposites en una caja de seguridad. Manténlo en un lugar accesible, de modo que alguien pueda encontrarlo cuando sea necesario.
- Completa la tarjeta tamaño cartera al pie de la página. Llévala contigo en todo momento para que otras personas sepan dónde se encuentra el documento.
- Habla con tu médico en tu próxima visita al consultorio. Entrégale una copia del documento y asegúrate de que forme parte de tu expediente clínico como de que tu médico entienda tus deseos y esté dispuesto a seguirlos. De ser posible, indícale que haga extensivo este pedido a otros médicos que lo atiendan.
- Si fueras ingresado a un hospital o residencia de ancianos, lleva una copia de este documento y solicita que la coloquen en tu expediente médico.

El documento **MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA** está diseñado para ayudarte a planear tu futuro. No es nuestra intención darte consejos legales, ni pretendemos responder todas las preguntas sobre cualquier asunto que pudiera surgir. Cada persona y cada situación es distinta y las leyes pueden cambiar en algún momento. Si tienes una pregunta o un problema específico, solicita consejo a un profesional médico o legal.

TARJETA MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA
(Tamaño cartera)

IMPORTANTE

HE FIRMADO UN DOCUMENTO DE
VOLUNTADES ANTICIPADAS

Nombre y apellido

Teléfono

Firma

IMPORTANTE

HE FIRMADO UN DOCUMENTO DE
VOLUNTADES ANTICIPADAS

POR FAVOR CONTACTE A

Nombre y apellido

Teléfono

Mi médico de cabecera es

Nombre y apellido

Teléfono

MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA

DOCUMENTO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

PARTE 1: MI DECISIÓN LEGAL

Las personas a quienes deseo designar para que ejecuten decisiones en mi nombre cuando yo no lo pueda hacer.

Si ya no puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, este formulario nombra a la persona que he elegido para ejecutarlas en mi nombre. Esta persona será mi representante legal en cuanto a mi cuidado de salud y decidirá en mi nombre la asistencia médica que he de recibir.

Designo como mi representante legal para las decisiones del cuidado de mi salud a:

Nombre de la primera selección:

Documento de Identidad:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad/Provincia/Código Postal:

En el caso de que esta persona no pueda o no esté dispuesta a tomar estas decisiones en mi nombre, designo en su reemplazo a las siguientes personas:

Nombre de la segunda selección:

Documento de Identidad:

Dirección:

Ciudad/Provincia/Código Postal:

Teléfono:

Nombre de la tercera selección:

Documento de Identidad:

Dirección:

Ciudad/Provincia/Código Postal:

Teléfono:

A continuación, te presentamos las atribuciones delegables al representante legal que has elegido, acorde a tus prioridades.

- Decidir en mi nombre la asistencia médica, servicios médicos, pruebas, cirugía o medicinas que pueda necesitar para identificar el problema médico que existe y así poder tratarlo. Estas decisiones podrían incluir la atención necesaria para mantenerme vivo. En el caso de que el cuidado o tratamiento ya hubiera comenzado, mi representante legal puede tomar la decisión de continuarlo o suspenderlo.
-
-

- Interpretar las instrucciones que yo haya indicado en este documento o que haya expresado en alguna ocasión, de acuerdo con su comprensión de mis valores y deseos.
- Consentir, en mi nombre, la admisión a una institución de residencia con ayuda, un hospital, un Hospice o una residencia de larga estadía.
- Mi representante legal puede contratar cualquier tipo de trabajador de asistencia médica que yo pudiera necesitar o despedirlo, de ser necesario.
- Tomar la decisión de pedir, retirar o no proporcionar tratamiento médico, incluso alimentación e hidratación artificial y cualquier otro tratamiento que me mantuviera vivo.
- Revisar y autorizar la divulgación de mi expediente médico y expediente personal. Si fuese necesaria mi firma para obtener alguno de estos expedientes, mi representante legal puede firmar en mi nombre.
- Trasládarme para recibir el tratamiento necesario o para llevar a cabo mis deseos.
- Autorizar o rehusar la utilización de cualquier medicamento o tratamiento necesario para calmar el dolor.
- Empezar cualquier acción judicial que sea necesaria para llevar a cabo mis deseos basándose en los derechos legales que me asisten.

- Donar mis órganos o tejidos según lo permita la ley.
- Solicitar programas o beneficios de seguros médicos para mí. Mi representante legal tendrá acceso a mis expedientes personales, y documentos bancarios para obtener la información necesaria para completar los formularios de dichos programas.

A continuación indico cualquier cambio, adición o limitación a las facultades de mi representante legal:

.....

.....

PARTE 2: MIS TRATAMIENTOS MÉDICOS

El tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo recibir.

Considero que mi vida es valiosa y que merezco ser tratado con dignidad. Si llegara el momento en que no pudiera expresarme por mi mismo, deseo que se cumplan y respeten los siguientes deseos, así como cualquier instrucción que haya dado a mi representante legal para decisiones del cuidado de mi salud.

A continuación, presentamos intervenciones y tratamientos médicos que usted elegirá acorde a tus prioridades.

- No deseo sentir dolor físico y/o psicológico ni sensación permanente de falta de aire (disnea). Deseo que el médico que me atienda me administre suficiente medicamento para aliviar los síntomas, aunque esto signifique que me sienta somnoliento o que duerma más de lo que dormiría sin medicamentos.
- Si mostrara síntomas de náuseas, fiebre y/o dificultad para respirar deseo que, quienes me atiendan, hicieran todo lo posible para ayudarme.

Debido a mis creencias religiosas o personales, deseo limitar el significado de tratamiento para mantenerme con vida e indico aquí esas limitaciones para que quede claro lo que deseo y en qué condiciones.

.....

.....

.....

Si el médico que me atendiera determinara que mi fallecimiento es inminente, que me encuentre en estado de coma sin esperanza de despertar o de recuperación o con daño cerebral y/o cognitivo grave y permanente sin esperanza de recuperación y el tratamiento para mantenerme con vida sólo pospondría mi muerte, esto es lo que deseo respecto de las siguientes opciones:

Indique su decisión según:

Deseo

Rechazo

Aclaración

1. Dispositivos médicos que se me coloquen para respirar:
2. Alimentación proporcionada mediante dispositivos médicos:
 - Sonda nasogástrica

- Botón gástrico
- Alimentación parenteral
- Hidratación proporcionada mediante dispositivos médicos.
- Reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Cirugía mayor
- Transfusiones de sangre
- Diálisis
- Antibióticos
- Recibir trasplante de órgano

Si se implementara cualquier medida de soporte vital de aquellas que me he negado a aceptar, solicito y ordeno su inmediato retiro.

A continuación detallo otras situaciones en las que no deseo que mantuvieran con vida:

.....
.....

PARTE 3.

EL GRADO DE COMODIDAD QUE ESPERO TENER, EL TRATO QUE ANHELO RECIBIR DE LA GENTE, LO QUE DESEO QUE MIS SERES QUERIDOS SEPAN.

Mis deseos personales, emocionales y espirituales son importantes para mí. Al acercarse el final de mi vida, deseo que me traten con dignidad y quisiera que se realice lo escrito siempre y cuando sea posible.

A continuación, presentamos posibles escenarios de cuidados que elegirás acorde a tus prioridades.

- Deseo que me mantengan humedecidos los labios y la boca para evitar la sequedad.
- Deseo que me mantengan fresco y limpio en todo momento.
- Deseo que me den masajes con aceites tan frecuentemente como sea posible.
- Deseo escuchar mi música favorita hasta el momento de mi fallecimiento.
- Deseo recibir aseo personal, como afeitarme, cortarme las uñas, cepillarme el cabello y los dientes, siempre y cuando esto no me cause dolor ni incomodidad.
- Deseo que me lean en voz alta lecturas de mi agrado cuando se acerque el momento de mi fallecimiento.

- Deseo que mis seres queridos se informen acerca de las opciones de atención emocional y espiritual en instituciones adecuadas a mi condición.
- Deseo estar acompañado en todo momento posible.
- Deseo estar acompañado cuando el momento de mi muerte sea inminente.
- Deseo que alguien me sujete la mano y me hable cuando sea posible, aunque parezca que no reacciono a la voz o al contacto de los demás.
- Deseo que alguien esté a mi lado rezando por mí, cuando sea posible.
- Deseo que los miembros de mi comunidad religiosa/espiritual sean informados sobre mi condición y que se realicen las prácticas habituales.

Nombre de
contacto.....

Teléfono.....

- Deseo que me traten con amabilidad y respeto, honrando mi dignidad humana y mi sentido del pudor.
- Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación o cerca de mi cama.

- Deseo morir en mi hogar, siempre y cuando sea posible.
- Deseo que mi familia y amigos sepan que para mí la muerte es:

.....
.....

- Deseo que mi familia y amigos, así como aquellas personas que me proporcionen cuidados, respeten mis deseos, aunque no estén de acuerdo con ellos.

Después de mi fallecimiento, lo que deseo que se realice con mi cuerpo es:

.....

.....

Mi cuerpo o mis restos deberán ser colocados en el siguiente sitio:

.....

.....

La siguiente persona sabe lo que deseo para mi funeral:

.....

El modo como me gustaría ser recordado en mi ceremonia fúnebre es:

.....

Si hubiera algún servicio en mi memoria, deseo que éste incluyera lo siguiente (indique música, canciones, lecturas o alguna otra instrucción específica que tenga)

.....

En el siguiente espacio, añado otros deseos:

.....

.....

.....

FIRMA DEL DOCUMENTO

Yo,....., DNI

..... pido que mi familia, mis médicos y otros proveedores del cuidado de la salud, mis amigos y demás personas, cumplan con mis deseos según los he comunicado a mi representante legal para decisiones del cuidado de mi salud (si ya se ha designado a alguien, y si él o ella está disponible), o de acuerdo con lo expresado en este formulario.

Este documento es válido sólo cuando yo no pueda tomar decisiones por mí mismo o expresar mis deseos. Si alguna parte de este formulario no puede cumplirse legalmente, pido que se respeten todas las demás secciones. También, revoco cualquier otro documento de directivas anticipadas que haya hecho previamente.

Firma:

Aclaración:

Documento de Identidad:

Dirección:

Teléfono:

Fecha:

Declaración de los testigos

Yo, el testigo, declaro que conozco a la persona que firmó este formulario, que él o ella firmó éste en mi presencia y en pleno uso de sus facultades mentales, sin sometimiento a presión, fraude o influencia indebida. Declaro ser mayor de 18 años de edad.

Firma del testigo #1

Escriba el nombre del testigo en letra de molde:

Documento de Identidad:

Dirección:

Teléfono:

Firma del testigo #2

Escriba el nombre del testigo en letra de molde:

Documento de Identidad:

Dirección

Teléfono

Proporcione copias de mi documento propiamente ejecutado a

.....

GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS:

SONDA NASOGÁSTRICA: Una sonda nasogástrica (Sonda NG) es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona. Se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago. Se puede usar para administrar medicamentos, líquidos, y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago. La administración de alimentos a través de una sonda nasogástrica es un tipo de nutrición enteral. También se llama sonda de alimentación gástrica y sonda NG.

BOTÓN GÁSTRICO: Un botón gástrico es una sonda de silicona transparente que se coloca a través de la piel del abdomen hasta el estómago. Sirve para alimentar al paciente, darle la medicación y descomprimir el estómago. Es un dispositivo diseñado para mayor confort y movilidad del paciente. Existen diferentes tamaños que se adaptarán al paciente según vaya creciendo.

ALIMENTACIÓN PARENTERAL: Es un método de alimentación que rodea el tracto gastrointestinal. Se suministra a través de una vena, una fórmula especial que proporciona la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita. Este método se utiliza cuando una persona no puede o no debe recibir alimentación por la boca.

REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR: RCP significa reanimación cardiopulmonar. Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpitar. Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o ahogamiento.

INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL: Es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz. En la mayoría de las situaciones de emergencia, se coloca a través de la boca.

La intubación traqueal es la introducción de un plástico flexible en la tráquea para proteger la vía aérea y proveer los medios para una **ventilación mecánica**. La más común es la intubación orotraqueal, donde, con ayuda de un laringoscopio, se pasa un tubo a través de la boca, laringe, y cuerdas vocales hasta la tráquea. Entonces se infla un balón en la punta distal para asegurar su posición, y proteger la vía aérea de sangre, vómito y secreciones. La intubación endotraqueal puede lograrse por vía oral o a través de la nariz. Se usa para el control definitivo de la vía aérea en el paciente lesionado o enfermo. Puede requerir el uso de inducción o bloqueo neuromuscular.

TRAQUEOTOMÍA: Es un procedimiento quirúrgico por el cual colocamos una cánula dentro de la tráquea, pasando por la piel del cuello. Esto se diferencia de la intubación endotraqueal clásica, en la cual se progresa un tubo por la boca. Los objetivos principales son mantener permeable la vía aérea y permitir la asistencia respiratoria y la toilette de secreciones. El uso más frecuente es la protección de la vía aérea en pacientes que se encuentran bajo asistencia respiratoria mecánica en forma prolongada. A esto se le agregan la indicación de traqueotomía en pacientes que son sometidos a cirugías complejas de cabeza y cuello, y en pacientes que tienen déficit permanente de deglución, aunque no se encuentren bajo asistencia respiratoria mecánica.

MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA fue creado por la Asociación Civil El Faro, organización sin fines de lucro cuya misión es desarrollar el acompañamiento al final de la vida ayudando a las personas a planificar y recibir la atención que desean.

MI VIDA AL FINAL DE MI VIDA es una marca registrada de EL FARO.

Todos los derechos reservados.

El contenido de esta publicación está protegido por los derechos de autor. Ninguna sección de esta publicación podrá reproducirse, ni transmitirse en forma alguna, ya sea electrónica o mecánica, incluidas fotocopias, grabación o algún sistema de almacenamiento o acceso de información, sin consentimiento por escrito de EL FARO.

Aunque este documento contiene material que está protegido por los derechos de autor, se le permite fotocopiar el documento ya completado con el fin de proporcionarle copias a miembros de su familia, seres queridos, médicos, proveedor de atención o representante legal para decisiones del cuidado de la salud. Todas las demás reproducciones o usos del documento requieren permiso de El Faro.

EL FARO desea agradecer, por su incondicional apoyo durante la preparación de este documento, a:

Dra. Florencia Brinnand

Dr. Ignacio Maglio

Dra. Adriana Alfano

Dr. Facundo Verón (in memoriam)