

**ACT:
Transición a
atención
anticipada**



**Ascension
Saint Thomas**



ACTO I

Escena 1 Actúe ahora

Aumente la probabilidad de que sus seres queridos afronten el duelo de mejor manera cuando llegue el momento.

¿Por qué debería ACTUAR?

Por usted y su familia

Pensamos que **nuestros seres queridos saben lo que deseamos**. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que cuando no les **entregamos** un plan de transición a atención anticipada, por lo general, no solo no se cumplen nuestros deseos, sino que también se genera estrés y confusión en nuestros seres queridos cuando intentan deducir nuestros valores y deseos. Simplemente no pueden cumplir nuestros deseos si no los conocen.

¿Qué es la transición a atención anticipada?

Un plan de **transición a atención anticipada** es un documento sobre el tipo de atención que desea recibir en caso de que no pueda hablar por sí mismo, de acuerdo con sus preferencias y valores personales.

¿Por qué es importante?

Diversos estudios demuestran que los planes de transición a atención anticipada:

- Mejoran la calidad de la atención al final de la vida.
- Probablemente disminuyan los ingresos al hospital y a Cuidados Intensivos y las visitas a la Sala de Urgencias al final de la vida.
- Mejoran la etapa al final de la vida de las personas y sus seres queridos ya que se centran en los objetivos de atención, valor y emociones, en lugar de tratamientos específicos.
- Aumentan la probabilidad de fallecer en el hogar o en un lugar de preferencia.
- Probablemente eviten que la etapa al final de la vida sea dañina o contraria a los deseos de las personas, lo que podría lograr que los meses o semanas finales sean una “carrera médica”.
- Significan menos estrés y desacuerdos durante una crisis médica y evitan malentendidos o problemas relacionados con percepciones incorrectas.
- Dan lugar a conversaciones abiertas donde queda dicho lo importante, así se evitan remordimientos y sufrimientos que puedan surgir por no tener dichas conversaciones.

¿Quién debería tener un plan de transición a atención anticipada?

Toda persona mayor de 18 años, sin importar su salud actual.

- Las crisis médicas pueden suceder en cualquier momento. Podrían ser molestas y estresantes, además le podrían hacer preguntas difíciles a usted o a sus seres queridos.
- Cuando se han analizado y determinado los deseos, todas las personas involucradas entienden lo mismo.
- Los planes de transición a atención anticipada son para toda persona que desee preocuparse menos sobre el futuro y quien desee ayudar a sus seres queridos en un momento difícil.

¿Quién puede ser su voz o representante?

Si está muy enfermo y no puede hablar por sí mismo, ¿a quién elegiría para que hablara por usted?

¿Esta persona conoce sus deseos de atención y lo que realmente le importa?

- Su representante debe conocer y comprender sus valores, deseos y miedos.
- Su representante debe estar dispuesto a hacerse cargo de situaciones estresantes.
- Su representante debe poder decir a los médicos el tipo de atención que usted prefiere y lo que usted no desea.
- Su representante podrá negarse a un tratamiento o interrumpirlo si es lo que usted hubiese deseado.
- Su representante vive cerca de usted o está dispuesto a viajar si es necesario para tomar decisiones por usted.
- Su representante es asertivo y puede hacer preguntas para obtener la información para tomar decisiones.

Por ejemplo, puede elegir a:

- Su médico de atención primaria
- Su pareja
- Su hijo o nieto
- Otro familiar
- Un amigo cercano
- Un abogado

Piense en sus valores, experiencias y deseos para la atención al final de la vida.

- ¿Qué es importante que tenga cerca de usted al final de su vida?
- ¿Qué le da propósito a su vida cada día?
- ¿Qué es importante para usted en sus relaciones?
- ¿De qué manera sus creencias son una guía para usted?
- ¿Ha aceptado que su salud podría cambiar en el futuro?
- ¿Cuánto desea participar en sus decisiones?
- ¿Prefiere la privacidad o estar rodeado de sus seres queridos?





ACTO II
Escena 1

En estas escalas, indique cómo se siente para ayudar a sus seres queridos a comprender sus deseos.

Sus deseos: Físicos, mentales, emocionales

Privacidad: Cuando llegue el momento, deseo

Estar solo y las personas no necesitan saber todo.

Estar rodeado de mis seres queridos y pueden saber todo.

Información: Si tengo una enfermedad terminal, deseo

Conocer los detalles.
Lo básico está bien

Saber exactamente cuánto tiempo mis doctores creen que viviré

Control: Prefiero

Confiar en mis médicos sobre las decisiones médicas

Participar en cada decisión sobre tratamientos

Participación: Prefiero

Que mis seres queridos hagan exactamente lo que deseo, incluso si no están de acuerdo

Confiar en mis seres queridos para que tomen las decisiones que consideren son mejores

Lugar: Prefiero estar

En mi propio hogar o en un lugar similar a mi hogar

En un establecimiento de atención de salud

Tratamiento: Prefiero

Menos tratamiento, prefiero calidad de vida por sobre cantidad

Todo lo posible para tener más tiempo, sin importar cuán molesto sea



Su atención

ACTO III

Escena 1

¿Cuán importante es para usted?

Califique de 1 a 10:

1 = para nada importante

10 = muy importante

Física: Aceptar ayuda o seguir siendo independiente

- Tener la capacidad de hablar
- Poder escuchar
- Cuidarse a sí mismo: alimentarse, bañarse, vestirse
- Caminar y moverse por sí mismo

Mental: Estar bien informado o la tranquilidad de no saber

- Tomar sus propias decisiones
- Ser consciente de quién es o dónde se encuentra

Emocional:

- Sentir el amor de otras personas, pasar tiempo con ellos
- Entregar amor o apoyo a otras personas

Calidad o cantidad:

- Tener la mejor **calidad** de vida posible
- Tener la mayor **cantidad** de vida posible



Hable sobre eso

Cómo prepararse para la conversación

¿Quién? Escoja con quien desea hablar, además de su representante, la persona que desea que sea su voz. En esta conversación, podría incluir a sus padres, hijo o hijos, cónyuge o pareja, hermana o hermano, amigo, alguien que comparte sus creencias, un vecino o un cuidador.

¿Dónde? Escoja un lugar donde usted y las demás personas se sentirán más a gusto. Podría ser en su hogar, un restaurante, un parque o donde sea que le parezca mejor.

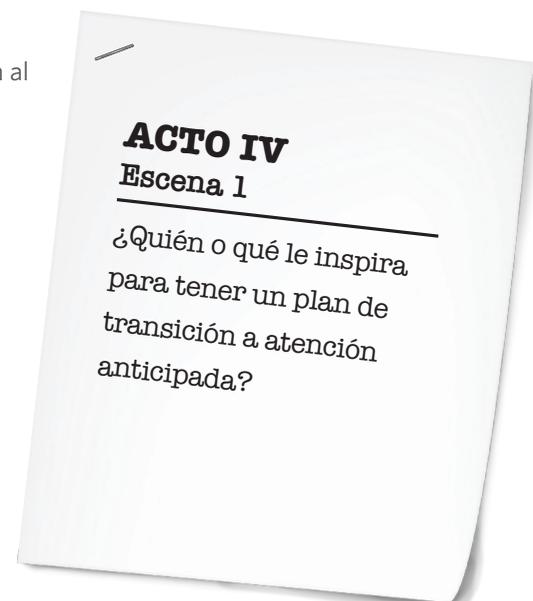
¿Cuándo? Escoja una fecha adecuada. Por ejemplo:

- Durante un cambio de trabajo o revisión de los beneficios anuales de empleo cuando deba indicar a sus dependientes o beneficiarios.
- Cuando la motivación sea por un libro, una película, un programa de televisión, después de un reportaje en los noticieros o la pérdida de un familiar o amigo.
- Después de un programa comunitario o servicio religioso que conmueva sus propios valores y beneficios.
- Mientras todavía se sienta bien.
- Antes o durante una fecha familiar importante o vacaciones familiares o cuando vuelvan a estar todos juntos.
- Mientras realiza planes de herencia o funeral.
- Cuando recibe correos o llamadas telefónicas de publicidad de seguros de vida, salud o discapacidad.

¿Cómo? Es difícil comenzar, tal vez escribir una carta o compartir una historia le ayudará a explicar por qué esto es importante para usted.

¿Qué? En esta publicación, indicamos algunos temas importantes que debe cubrir.

- Infórmese
- Decida qué es importante
- Piense en sus valores
- Sus experiencias
- Sus deseos para la atención al final de la vida



Otras formas para preparar el terreno

- “Quiero estar preparado para el futuro y necesito tu ayuda. ¿Podemos hablar de esto?”
- “He estado pensando sobre la última etapa de mi vida y me gustaría compartir mis deseos contigo. ¿Te parece bien?”

Si va a comenzar una conversación con un ser querido o una persona para saber lo que desea para el final de su vida, utilizar declaraciones y preguntas directas puede ser de ayuda:

- “Si alguna vez está muy enfermo, ¿qué tipo de atención le gustaría o no le gustaría?”
- “Me preocupa que nunca hablemos sobre esto. Me sentiría mejor si lo hiciéramos”.
- “Si pudiese elegir, ¿cómo le gustaría pasar el tiempo al final de su vida?”
- “¿Cómo cree que sería una buena forma de morir?”

Mantenga la calma, vaya lento, tenga una mente abierta, sea paciente y escuche. No sienta que debe controlar la conversación. Podría ser bastante diferente a lo que espera.

- Sea paciente, deses tiempo para comprender y dese tiempo para apreciar sus comentarios, consultas y opiniones. Algunas personas necesitan más tiempo que otras.
- Trate de no juzgar. Las personas pueden tener diferentes opiniones sobre lo relacionado con el final de la vida.
- Incluso si no tiene éxito, es importante intentar conversar siquiera. Este intento hará que la próxima vez sea más fácil.

La conversación

- Compartir sus deseos puede acercarlo a las personas que ama.
- La conversación puede revelar que usted y sus seres queridos no están de acuerdo y eso está bien. Es mejor saberlo y hablar ahora que durante una crisis médica.
- La conversación no ocurrirá solo una vez; puede ser la primera de muchas.
- Estará más preparado para tener una conversación franca con su médico.
- ¿Qué es lo que realmente desea que sus seres queridos sepan que es importante para usted?

ACTO IV

Escena 2

Las conversaciones y planificación son una oportunidad para tratar miedos universales sobre la muerte:

- Miedo al dolor y al sufrimiento físico.
- Miedo a estar solo y morir solo.

- Miedo de lo que será de sus seres queridos.

- Miedo de ser una carga.

- Miedo de perder la tranquilidad.

- Miedo de perder el control.

- Miedo a lo desconocido y la muerte es totalmente un misterio.



Su representante

ACTO V
Escena 1

¿Quién será mi
voz o representante?

Escoja a una persona de confianza (se indica como representante en el formulario de Instrucciones anticipadas para atención de salud, que otorga poder legal) para expresar sus deseos y tomar decisiones de atención de salud por usted si usted no puede hablar por sí mismo. También le pedirán que escoja a un sustituto.

¿A quién escoge para que hable por usted? (Nombre)

Mi cónyuge o pareja _____

Mi hijo o hijos _____

Mi madre o padre _____

Mi hermana o hermano _____

Mi médico _____

Mi cuidador _____

Mi amigo _____

Una persona que comparte mis creencias _____

Otro _____

¿Instrucciones anticipadas para atención de salud o designación de un representante de atención de salud?



ACTO VI

Escena 1

¡Ya ha comenzado! Por pensar y escribir sus valores y preferencias.

La mayoría de nosotros tenemos ciertas dudas sobre que nos gustaría y nuestras metas de cambios de atención con el tiempo. Un adulto joven no estaría listo para pensar en el final de la vida, pero puede pensar y designar a un representante de atención de salud en caso de un accidente o enfermedad grave.

Convierta sus deseos en un plan

Además de tener una conversación con sus seres queridos, complete el formulario de Instrucciones anticipadas para atención de salud o de Designación de un representante de atención de salud en el reverso de este libro o puede descargarlo en www.tn.gov

Recuerde

Ningún formulario ni una sola conversación pueden incluir todas las decisiones que usted o sus seres queridos puedan enfrentar.

Las decisiones de tratamientos se deben tomar después de comprender sus preferencias y luego debe conocer los riesgos, beneficios y resultados esperados.

- Los tratamientos pueden ser de ayuda si ofrecen una cura, alivian el dolor, restablecen el funcionamiento o mejoran la calidad de vida.
- Los tratamientos pueden ser dañinos si causan dolor o postergan la muerte sin ningún beneficio.

Estas decisiones son personales

Siempre es conveniente detener un tratamiento que ya no tiene resultado y solo prolonga el proceso de fallecimiento. Recuerde que son las enfermedades o afecciones subyacentes las que causan la muerte y no detener el tratamiento.



Después de la primera conversación

Cuando tenga el formulario lleno:

- Entregue una copia a su médico.
- Mantenga copias donde sean fácilmente accesibles para otras personas e infórmeles dónde las pueden encontrar.
- Entregue una copia a la persona que ha escogido como su representante y a su sustituto.
- Revise el formulario que llenó de Instrucciones anticipadas para atención de salud con sus seres queridos (también con sus amigos y vecinos más cercanos) para que lo comprendan y se familiaricen con él. Es común que durante una emergencia médica, ellos deban responder de memoria, incluso si les ha entregado copias a ellos y a su médico.

Revisiones

Revise su plan de forma periódica. Cámbielo según sea necesario.

No hay respuestas correctas o incorrectas. La información puede cambiar, los sentimientos pueden cambiar y las personas involucradas pueden cambiar. Puede cambiar de opinión y de plan.

- Sus objetivos pueden cambiar desde la última vez que llenó su formulario de Instrucciones anticipadas para atención de salud o formulario de Designación de un representante de atención de salud. Complete nuevos formularios según sea necesario.
- Después de la conversación, entregue una copia de sus Instrucciones anticipadas para atención de salud o Designación de un representante de atención de salud a sus seres queridos o su médico. El formulario es válido en cualquier parte y no es específico de un estado.
- Analizarlo es igual de importante que escribirlo cuando se deben tomar decisiones en su nombre durante una emergencia.
- También debería revisar su plan en caso de cambios en su salud actual o situación que cambie la vida.

ACTO VI

Escena 2

Seleccione a su representante y llene su formulario de Instrucciones anticipadas para atención de salud o formulario de Designación de un representante de atención de salud.

Recuerde

- Compartir sus valores y deseos puede acercarlo más a sus seres queridos.
- Está bien no estar de acuerdo y es mejor descubrir las diferencias de opinión ahora que durante una emergencia médica.

- Podría ser más de una conversación; podría desear tener muchas.
- Además de hablar con sus seres queridos, también estará preparado para tener conversaciones francas con su médico.

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA***
(Tennessee)

Instrucciones: Las partes 1 y 2 pueden usarse conjuntamente o por separado. Sírvase tachar/anular cualquier parte no usada. El bloque A o bloque B de la parte 5 tiene que ser completado para todos los usos.

Yo, _____, por el presente doy estas instrucciones anticipadas sobre cómo deseo ser tratado(a) por mis médicos y otros proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar decisiones de tratamiento por mí mismo(a).

Parte I Agente: Deseo que la siguiente persona tome decisiones de atención médica en mi nombre. Esto abarca cualquier decisión de atención médica que podría haber tomado por mí mismo(a) si pudiera, sin embargo, mi agente debe seguir las siguientes instrucciones:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Dirección: _____ Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

Agente alterno: Si la persona nombrada anteriormente no puede o no está dispuesta a tomar decisiones de atención médica en mi nombre, designo como suplente a la siguiente persona para tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Esto abarca cualquier decisión de atención médica que podría haber tomado por mí mismo(a) si pudiera, sin embargo, mi agente debe seguir las siguientes instrucciones:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Dirección: _____ Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

Mi agente es también mi representante personal a los efectos de las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Vigencia (marque una): Doy a mi agente autorización para tomar decisiones de atención médica en mi nombre en cualquier momento, incluso si estuviera capacitado(a) para tomar decisiones por mí mismo(a). No concedo dicha autorización (este formulario sólo es aplicable si yo estuviera incapacitado(a)).

Parte 2 Indique sus deseos respecto a la calidad de vida: Al marcar "sí" a continuación, indico las condiciones en las que estaría dispuesto(a) a vivir si contara con la comodidad y control del dolor debidos. Al marcar "no" a continuación, indico las condiciones en las que no estaría dispuesto(a) a vivir (lo que para mí sería una calidad de vida **inaceptable**).

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Estado de inconsciencia permanente: Si estoy totalmente inconsciente de las personas o de lo que me rodea con muy pocas probabilidades de despertarme del coma.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Confusión permanente: Me resulta imposible recordar, comprender, o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación cuerda con ellos.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dependiente en todas las actividades de la vida diaria: Ya no soy capaz de hablar o comunicarme claramente o moverme por mí mismo(a). Dependo de los demás para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. Someterme a rehabilitación o a algún otro tratamiento restaurador no me ayudaría.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedades terminales: Padezco una enfermedad que ha llegado a su fase final a pesar de haber recibido tratamiento completo. Ejemplos: Cáncer generalizado que ya no responde a tratamiento; enfermedad crónica y/o daño al corazón y los pulmones en que es necesario administrarme oxígeno la mayor parte del tiempo y solo puedo hacer escasas actividades debido a la sensación de asfixia.

Indique sus deseos respecto a tratamientos: Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí (tal y como se indica en una o más de las condiciones marcadas "no" aquí arriba) y mi estado es irreversible (es decir, no va a mejorar), ordeno que se administren los tratamientos médicamente adecuados según se indica a continuación. Al marcar "sí" a continuación, indico el tratamiento que deseo. Al marcar "no" a continuación, indico el tratamiento que **no deseo**.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reanimación cardiopulmonar (RCP): Para hacer que el corazón lata de nuevo y restaurar la respiración después de haberse detenido. Por lo general esto implica administrar una descarga eléctrica, compresiones torácicas, y asistencia con la respiración.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Soporte vital / Otros soportes artificiales: El uso continuo del respirador artificial, fluidos intravenosos, medicamentos y otros equipos para ayudar a los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos para que continúen funcionando.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tratamiento de nuevas afecciones: El uso de cirugías, transfusiones de sangre, o antibióticos para tratar nuevas afecciones, pero no para tratar la enfermedad principal.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tubo de alimentación/líquidos por vía intravenosa: El uso de tubos para llevar alimentos y agua al estómago del paciente o el uso de fluidos intravenosos en una vena para administrar nutrición e hidratación por medios artificiales.

Parte 3 Otras instrucciones, como cuidados paliativos, instrucciones para el entierro, etc.: _____

(De ser necesario puede adjuntar páginas adicionales)

Parte 4 Donación de órganos: Después de mi muerte, deseo hacer la siguiente donación anatómica para los fines de trasplante, investigación y/o educación (marque uno):

- Cualquier órgano/tejido Mi cuerpo entero Solamente los siguientes órganos/tejidos: _____
 No donación de órganos/tejidos

FIRMA

Parte 5 Su firma tiene que ser presenciada **ya sea** por dos adultos competentes (“Bloque A”) o por un notario público (“Bloque B”).

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Bloque A Ninguno de los testigos puede ser la persona que haya asignado como su agente o su suplente, y al menos uno de los testigos tiene que ser alguien que no esté relacionado con usted o no tenga derecho a ninguna parte de su herencia.

Testigos:

1. Soy un adulto competente que no he sido nombrado como agente. Fui testigo de la firma del/de la paciente en este formulario. _____
Firma del testigo número 1
2. Soy un adulto competente que no he sido nombrado como agente. No estoy relacionado(a) con el/la paciente por lazos de sangre, matrimonio o adopción y no tendría derecho a ninguna parte de la herencia del/de la paciente al momento de su muerte de conformidad con ningún testamento o codicilo existente o de conformidad con la ley. Fui testigo de la firma del/de la paciente en este formulario. _____
Firma del testigo número 2

Bloque B Puede elegir que un notario público sea el testigo de su firma en lugar de los testigos descritos en el Bloque A.

ESTADO DE TENNESSEE
CONDADO DE _____

Soy notario público en y por el estado y condado mencionados anteriormente. Aseguro conocer personalmente a la persona que ha firmado este instrumento (o la misma me ha demostrado sobre la base de pruebas irrefutables) que es la persona que firma como "paciente". El/la paciente compareció personalmente ante mí y firmó aquí arriba o reconoció la firma anterior como su propia firma. Declaro bajo pena de perjurio que el/la paciente aparenta estar en pleno uso de sus facultades mentales y no aparenta estar bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

Mi comisión se vence: _____
Firma del notario público

QUÉ SE DEBE HACER CON ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA: (1) dar una copia a su(s) médico(s); (2) mantener una copia en sus archivos personales donde sea accesible a los demás; (3) informar a sus familiares más cercanos y amigos acerca del contenido del documento; (4) dar una copia a la(s) persona(s) que nombró como su agente para la atención médica.

* Este formulario reemplaza los formularios anteriores de poder notarial permanente para la atención médica, testamento vital, nombramiento de agente y plan anticipado para la atención médica, y elimina la necesidad de ninguno de esos documentos.



Ascension Saint Thomas

SERVICIOS PASTORALES

Llame al hospital a cargo de su atención a los siguientes números:

**Saint Thomas DeKalb**

520 W Main Street
Smithville, TN 37166
(615) 215-5000

**Saint Thomas Hickman**

135 East Swan Street
Centerville, TN 37033
(931) 729-4271

**Saint Thomas Highlands**

401 Sewell Road
Sparta, TN 38583
(931) 738-9211

**Saint Thomas Midtown**

2000 Church Street
Nashville, TN 37203
(615) 284-5555

**Saint Thomas River Park**

1559 Sparta Street
McMinnville, TN 37110
(931) 815-4000

**Saint Thomas Rutherford**

1700 Medical Center Parkway
Murfreesboro, TN 37129
(615) 396-4100

**Saint Thomas Stones River**

324 Doolittle Road
Woodbury, TN 37190
(615) 563-4001

**Saint Thomas West**

4220 Harding Road
Nashville, TN 37205
(615) 222-2111



La iniciativa del REGALO de Alive Hospice de planificación de atención anticipada fue la inspiración para el programa ACT. Saint Thomas Health agradece a Alive Hospice por su contribución de contenidos. Publicado con el permiso por escrito explícito de Alive Hospice.

Para obtener más información, visite [alivehospice.org/gift](https://www.alivehospice.org/gift)