

VOLUNTAD ANTICIPADA SOBRE EL MANEJO DE MI SALUD Y MUERTE DIGNA



Ciudad_____ Fecha_____

Yo, _____ (NOMBRE) _____
identificado como aparece al pie de mi firma, en uso de mis plenas facultades mentales, de manera autónoma, libre de coacción, debidamente informado y completo conocimiento de las consecuencias de mi determinación, expreso mi voluntad anticipada sobre los tipos de atención médica que autorizo o *rechazo en el evento de no encontrarme en condiciones de capacidad mental para responder a la conductas, tratamientos, procedimientos o cirugías que los médicos consideren recomendables o justificadas.*

1.- REDIRECCIONAMIENTO TERAPÉUTICO.

En los estados y situaciones clínicas concretas que especifico en los siguientes numerales del presente documento, autorizo el esquema de re-direccionamiento terapéutico.

Por re-direccionamiento o re-orientación terapéutica, y sus términos sinónimos (adecuación de medidas asistenciales AMA, limitación de esfuerzos terapéuticos LET) entiendo lo siguiente: mi domicilio deberá ser el lugar preferente para el manejo de mi salud (no hospitalización); el recibo de cuidados paliativos; la suspensión de tratamientos, procedimientos y cirugías con objetivos curativos, la abstención y retiro de las medidas de soporte vital, y de todo tipo de tratamiento considerado fútil (inútil, ineficaz, innecesario) de acuerdo con las voluntades anticipadas que detallo y especifico en los siguientes numerales.

2.- LUGAR PREFERENTE DE ATENCIÓN EN SALUD

En caso de Enfermedad Terminal (pronóstico médico debidamente sustentado de vida restante inferior a seis meses) pido permanecer en mi hogar durante el tiempo que en preceda a mi muerte y durante la muerte misma. **En caso de Enfermedad Crónica**, autorizo a mi médico tratante y a mi familiar responsable del manejo de mi salud para dar preferencia a la atención médica en mi lugar de residencia y excepcionalmente, y solo de manera transitoria, en una institución externa.

3.- CUIDADOS PALIATIVOS Y SEDACIÓN PALIATIVA EN LOS ESTADOS CLÍNICOS CRÓNICO, TERMINAL Y AGÓNICO.

Entiendo por Cuidados Paliativos la atención de una persona enferma bajo un enfoque integral, que toma en cuenta las diferentes dimensiones del ser humano: biológica, cognitiva, psicológica, social y espiritual. No se limita a los estados terminales, sino que incluye los estados crónicos afectados por enfermedades graves, progresivas e incurables, de alto impacto en la calidad de vida. Este tipo de atención presenta además las siguientes características generales: renuncia a las medidas de soporte vital y a la reanimación cardiopulmonar, así como a los Esfuerzos Terapéuticos de tipo curativo.

Entiendo por Sedación Paliativa como parte del cuidado paliativo. La sedación paliativa se caracteriza por la administración de medicamentos para disminuir el estado de conciencia o incluso, en lo posible, bloquearla, de dos maneras. **I de manera transitoria** mientras se sobrepasa y trata el evento causal del sufrimiento refractario; **II** o dicha sedación puede ser **sostenida en el tiempo**, cuando no haya solución para la causa que ha llevado a su implementación. La sedación

paliativa conlleva el llamado “doble efecto” (sumatoria de las alteraciones propias de la enfermedad con los efectos de los medicamentos empleados) o efectos colaterales secundarios que implican alta probabilidad de alteración de las funciones cardiacas, cerebrales y respiratorias, que pueden llevar a la muerte. En casos de la llamada Sedación Paliativa Sostenida, durante un lapso que supera a unos pocos días, este riesgo se incrementa en proporción directa con el tiempo y las dosis de medicamentos empleados. La Sedación Paliativa Sostenida es un procedimiento aplicable en enfermos terminales o enfermos crónicos avanzados con alto impacto en su calidad de vida, para el manejo de sufrimiento insoportable, cuando han fracasado otras medidas de manejo o cuando no se inician medidas de soporte vital o se suspenden, y se recomienda que el enfermo lo autorice o haya autorizado previamente en documentos de voluntad anticipada. En la literatura médica y bioética se le ha denominado como una forma de Muerte Digna e incluso como “Eutanasia Lenta”, según las distintas perspectivas. Es un procedimiento médico no reglamentado legalmente en Colombia y su aplicación requiere el concurso de profesionales competentes en aspectos médicos, legales y bioéticos.

Entendido lo anterior, procedo a demarcar con un SI o NO cada una de las circunstancias siguientes.

___ En caso de estar en un estado terminal o en fase avanzada de enfermedad crónica, progresiva, grave e incurable que no responda al manejo médico general tradicional, autorizo a que me sean dispensados los **Cuidados Paliativos** rechazo las medidas de soporte vital y la reanimación cardiopulmonar.

___ Autorizo la **Sedación Paliativa, Transitoria o Sostenida** según el criterio médico, si se presenta la eventualidad de un estado de Sufrimiento refractario al tratamiento, con característica de insoportable.

___ De igual manera, autorizo que en caso de encontrarme en estado de pre-agonía o agonía, o en circunstancias de no implementación o retiro de medidas de soporte vital, me administre la **Sedación en la Agonía**, que me permita acceder a una muerte inevitable con el menor grado de sufrimiento posible.

4.- ABSTENCIÓN O RETIRO DE MEDIDAS ASISTENCIALES DE SOPORTE VITAL

Entiendo por medidas de soporte vital las siguientes: la ventilación mecánica asistida, el soporte cardiovascular mecánico o farmacológico, la diálisis peritoneal o hemodiálisis, las derivaciones del sistema urinario (nefrostomías), intestinal (gastrostomías, enterostomías, colostomías) o del líquido cefalorraquídeo; incluso aquellas cirugías, procedimientos y medicamentos que, en consideración de los médicos, en caso de no llevarse a efecto, podrían implicar mi muerte. Una vez comprendido lo anterior y en cada uno de los sub-numerales siguientes (4.1 y 4.2) frente a las alternativas en ellos incluidas, **procedo a demarcar con un SI o NO cada una de las circunstancias siguientes.**

4.1 En caso de Enfermedad Terminal:

___ Rechazo de antemano toda medida de soporte vital, incluyendo el manejo en unidades de Cuidado Intensivo. Por tanto, rechazo su implementación y autorizo el retiro en caso de haberse instalado. Autorizo la sedación sostenida o terminal para prevenir o tratar el sufrimiento concomitante o secundario.

___ Autorizo las siguientes medidas de soporte vital (seleccionadas de la lista anterior)_____

4.2 En caso de **Enfermedad Crónica** o de **proceso Agudo** en que los médicos recomienden medidas de soporte vital:

_____ Rechazo de antemano toda medida de soporte vital, incluyendo el manejo en unidades de Cuidado Intensivo. Por tanto, rechazo su implementación y autorizo el retiro en caso de haberse instalado. Autorizo la sedación sostenida o terminal para prevenir o tratar el sufrimiento concomitante o secundario.

_____ Autorizo las siguientes medidas de soporte vital (seleccionadas de la lista anterior) _____

5.- EN CASO DE PARO CARDIOPULMONAR.

En cada uno de los sub-numerales siguientes (5.1, 5.2 y sus alternativas), demarco con una **X** la opción que selecciono como mi voluntad:

_____ **5.1 Si dicho evento ocurre en mi residencia**, considerando que el cese total y definitivo de las funciones cardíaca, respiratoria, o ambas, independientemente de su causa, implica un estado de muerte natural; que la asistencia médica para restaurar la función cardio-cerebro-pulmonar es generalmente tardía en estos casos y no siempre es efectiva y que, cuando lo es, con frecuencia implica secuelas y cargas adicionales, y que las secuelas tienen relación directa con el tiempo de reanimación; y tomando en consideración mis condiciones de salud, mi plan de vida y mi sentido de vida, he decidido que **NO** autorizo reanimación y dada esa circunstancia, acepto la muerte.

_____ **4.2 En caso de paro cardiorespiratorio durante una hospitalización**, mi voluntad es la siguiente (demarque a o b)

a _____ Debido a mi calidad de vida y voluntad no autorizo la reanimación y acepto la muerte en esas circunstancias.

B _____ Dado el contexto hospitalario, la mayor efectividad y las menores secuelas esperadas, autorizo la reanimación durante un tiempo máximo de (# y letras) _____ minutos.

6.- EN CASO DE PÉRDIDA CONTINUA DE CONCIENCIA O COMA

En caso de pérdida continua de conciencia o coma, demarco con una **X** la opción que selecciono como mi voluntad:

6.1 Rechazo desde el inicio del estado de coma, cualquiera que sea su etiología, toda medida de soporte vital, procedimientos y cirugías, autorizo la sedación sostenida o terminal y acepto la muerte.

6.2. En los casos de coma con diagnóstico de trombosis cerebral, autorizo el tratamiento médico con medicamentos para intentar disolver los coágulos. Si no es efectivo y pasados tres días persisto en estado de inconciencia o incapacidad, solicito el re-direccionamiento terapéutico hacia una muerte digna.

6.3 Mientras no sea declarado por los médicos la existencia de un estado persistente o permanente de coma, acepto tratamiento pleno, incluyendo procedimientos, cirugías y medidas de soporte vital.

6.4 Si transcurridos # _____ meses en estado de coma, en cualquiera de sus variedades clínicas, sin recuperar mi estado de capacidad mental para tomar mis propias decisiones, autorizo el Re-direccionamiento terapéutico.

7.- EN CASO DE DEMENCIA

En cada uno de los numerales siguientes (7.1. 7.2 y sus alternativas), demarco con una X la opción que selecciono como mi voluntad:

7.1 En cualquiera de las fases evolutivas de la demencia, acepto tratamiento pleno, incluyendo cirugías y medidas de soporte vital.

7.2 Autorizo el re-direccionamiento terapéutico si mi estado de demencia llega a clasificarse como

- a. fase ____ en la escala funcional FAST y/o como
- b. fase ____ en la Escala Cognitiva de Reisberg.

8.- MUERTE DIGNA ANTICIPADA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL¹ CON SUFRIMIENTO INSOPORTABLE².

Este procedimiento de Muerte Digna es conocido en Colombia como un tipo de eutanasia regulada y condicionada, aplicable solo a enfermos terminales (con diagnóstico médico debidamente sustentado) con sufrimiento insoportable, previa solicitud expresa o mediante voluntad anticipada expresada anteriormente a la condición de incompetencia.

Con plena comprensión de lo anterior, de llegar a estar en el futuro en Estado Terminal autorizo a un médico para que, en el marco de lo establecido en la Sentencias de la Corte Constitucional C-239 de 1997, T-970/2014, y la Resolución 1216 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud, me proporcione medicamentos para acceder a la muerte digna de manera rápida, segura y apacible, sin ningún sufrimiento y para evitar la continuación del mismo. En cuanto al lugar de recibo de dicha atención médica, demarco la siguiente (a o b)

- a. Este procedimiento debe serme aplicado bajo la red institucional de salud, previo cumplimiento de los trámites ordenados por la Resolución 1216/2015 del Ministerio de Salud, en la institución y con el personal que sea autorizada para el efecto.
- b. De manera voluntaria y libre, dentro de mi derecho fundamental a la autodeterminación, autorizo a que dicho procedimiento me sea dispensado en mi hogar, por parte del profesional elegido por mí o por mi familiar representante, bajo el esquema de prestación de servicios privados.

9.- RECHAZO TODO TIPO DE DONCIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS.

¹ **Enfermedad terminal.** “Se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces”. (Ley 1733 de Cuidados Paliativos, sept. de 2014). Las Sociedades Médicas a nivel internacional y la Resolución 1216/2015 del Ministerio de Salud y el Protocolo anexo consideran que en los enfermos terminales el plazo breve de vida se fija con base en criterios objetivos de tipo médico en términos de seis meses o menos.

² **Sufrimiento insoportable.** Se refiere a la situación subjetiva del enfermo que se encuentra en mala calidad de vida e indignidad intolerables, debido a condiciones existenciales disfuncionales derivadas de su estado clínico, no obstante la atención de salud dispensada. En caso que no me sea dable expresar mi voluntad será mi representante quien decida en qué momento y cuáles condiciones determinan un nivel de sufrimiento que hace preferible y deseable la muerte anticipada a una espera sin sentido.

No autorizo y por tanto rechazo todo tipo de donación de cualquier tejido u órgano de mi cuerpo.

10.- DESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL O “DE CABECERA”.

Para efecto de mediación, interlocución y representación de mi voluntad ante mis familiares, juntas médicas e instancias propias de la atención de mi salud, designo a Dr. _____ RM _____, quien, al firmar este documento, acepta cumplir dichas funciones.

_____ RM-CC _____
Nombre del Médico Personal.

11.- DESIGNACIÓN DE LOS TESTIGOS DE MI VOLUNTAD ANTICIPADA

Nota: los Testigos no deben tener relación familiar ni patrimonial con el enfermo que suscribe sus voluntades Anticipadas. Cumplen con un requisito de las Voluntades Anticipadas según la Resolución 2665/2018 del Ministerio de Salud.

Nombre _____ **CC.** _____ **Firma**
Primer Testigo

Nombre _____ **CC.** _____ **Firma**
Segundo Testigo

11.- DESIGNACIÓN DE LOS FAMILIARES O DELEGADOS RESPONSABLES EN SALUD, en orden de prelación secuencial, quienes cumplirán lo estipulado en la Ley de Ética Médica: en caso de llegar a encontrarme en condiciones de incapacidad, recibirán la información sobre mi estado clínico y con base a mi voluntad anticipada expresa en este documento, procederán a autorizar o no las indicaciones de los médicos, y a demandar el cumplimiento de mis voluntades anticipadas.

1° _____ CC. No. _____
Nombre _____ Firma _____
Aceptación

2° _____ CC. No. _____
Nombre _____ Firma _____
Aceptación

Nombre y Firma de la persona titular que suscribe la Voluntad Anticipada
C.C. No.

NOTA: El presente formato es propiedad intelectual del Dr. Saúl Santoyo Téllez, y su distribución y uso requiere de su expresa autorización.