

Nuestra dirección de atención





Apoyo e información

Estimado paciente/familiar:

Nos damos cuenta de que este es un momento difícil para usted; así que es muy importante para nuestro equipo de salud conocer con claridad sus deseos relacionados con nuestra dirección de atención. Estamos proporcionando esta herramienta diseñada para ayudarlo en el importante proceso de toma de decisiones para usted mismo o en nombre de su ser querido. Esta herramienta puede ser muy útil cuando usted habla con los médicos ya que lo ayudará a conocer las opciones de atención relacionadas con sus deseos y objetivos.

Estas son algunas ideas que pueden ayudarlo en el proceso de toma de decisiones:

1. Resultado mínimo aceptable:

- La calidad de vida mínima que sería aceptable para usted o su ser querido.

2. Carga máxima aceptable:

- ¿Cuánta carga, y por cuánto tiempo, estarían usted o su ser querido dispuestos a soportar?
- ¿Usted o su ser querido aceptarían que es probable que sufra incomodidades?
- ¿Puede usted o su ser querido aceptar tener que depender de otros?

3. Grado de certeza: Nunca existe un 100 por ciento de certeza en la medicina.

- ¿Cuán seguro tiene que estar el equipo médico para lograr los puntos N.º 1 y N.º 2?

Si tenemos una conferencia con el paciente y la familia, por favor estén listos para tratar las siguientes preguntas. Sería muy importante que los seres queridos que tomen las decisiones asistan a la conferencia.

PREGUNTAS PARA HACER A LOS MÉDICOS

1. Condición médica actual:
 - Estable
 - En mejoría
 - Igual
 - En desmejora
 - Crítica
2. Pronóstico general (perspectiva):
 - Excelente
 - Bueno
 - Moderado
 - Malo
3. Tratamientos recibidos: _____
4. Cantidad de admisiones en la sala de emergencias/al hospital por la misma condición en el último año: _____
5. ¿Cuánto tiempo se espera que viva el paciente? (Según la experiencia clínica del médico o en función de investigaciones basadas en evidencias. Nunca hay 100% de certeza.):

Con tratamiento

Sin tratamiento

____ Horas a ____ días

____ Horas a ____ días

____ Días a ____ semanas

____ Días a ____ semanas

____ Semanas a ____ meses

____ Semanas a ____ meses

____ Meses a ____ años

____ Meses a ____ años

6. Calidad de vida esperada basada en la experiencia de los médicos o en las investigaciones basadas en evidencias:

Con tratamiento *Sin tratamiento*

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Buena. Con posibilidad de realizar y disfrutar de las actividades importantes. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limitada por problemas médicos graves. Aún puede realizar y disfrutar de las actividades importantes. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mala. Es probable que los problemas médicos graves causen dolor y sufrimiento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es poco probable que el paciente pueda realizar y disfrutar de las actividades importantes. |

7. Estado de código actual: Código completo Orden de no resucitación (DNAR, por sus siglas en inglés)

8. Estado de código recomendado: Código completo Orden de no resucitación (DNAR)

9. Tratamiento recomendado:

- Continuar/iniciar medidas agresivas completas
- Prueba de tiempo limitado para el siguiente tiempo _____
- Para tratar sólo estos síntomas _____
- Cuidados paliativos (aliviar sin curar)
- Atención de hospicio (sólo tratamiento para el confort)

10. Si comienzan o continúan con medidas agresivas completas:

Beneficios: _____

Riesgos: _____

PREGUNTAS SOBRE LAS QUE EL PACIENTE/FAMILIA DEBEN ESTAR LISTOS PARA HABLAR

- 1.Cuál es su relación con el paciente _____
2. Según su conocimiento, ¿sabe lo que el paciente querría en esta situación?
 - Querría luchar contra la enfermedad/condición hasta el último momento posible.
 - Le gustaría permanecer con auxilio vital, aunque un médico haya dicho que su condición no podría ser revertida o es terminal.
 - “Querría una vida con calidad más que una larga vida”
 - Pidió no tener auxilio vital, ni recibir un tratamiento médico agresivo si su condición no puede ser revertida o es terminal.
3. Al crear un plan de atención con el equipo de atención de la salud, y con las creencias culturales o religiosas del paciente en mente, siente que está actuando:
 - Según el mejor interés para el paciente, y siguiendo sus deseos ya manifestados. (Este conocimiento se basa en POLST verbal o escrita o en un Poder no caducable)
 - Basado en lo que yo considero que es lo mejor para el paciente.
4. En el proceso de tomar decisiones para el paciente, usted:
 - Ha incluido a las personas más importantes en la vida del paciente, como los familiares y amigos, y han llegado a un acuerdo.
 - Ha pedido el consejo de un profesional de la atención de la salud como un médico, enfermero o trabajador social.
 - Ha pedido el consejo de un consejero espiritual o de un asesor de fe, como un cura o un pastor.

(Por favor, háganos saber si podemos ayudar con cualquier parte de lo anterior)

NOTAS DE LA CONFERENCIA CON EL PACIENTE/FAMILIA

Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad _____

Nombre del médico: _____ Especialidad _____

Nombre del médico: _____ Especialidad _____

Otras preguntas/inquietudes:



