

EJEMPLOS DE INDICACIONES Y PREFERENCIAS PARA CONSTRUIR EL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA (DVA)

Ejemplos de indicaciones o preferencias para construir el DVA de acuerdo a lo que considere apropiado para sí mismo en el marco de sus valores personales, su entorno cultural, las creencias e ideología que lo definen. Tenga en cuenta que aquello que reconoce como digno para su cuidado futuro y proceso de muerte puede no tener el mismo valor para otras personas, o que puede cambiar en el tiempo, por lo cual es necesario comprender la naturaleza y las consecuencia de cada uno de los contenidos que registre en su documento. Antes de redactar el DVA es recomendable que usted cuente con asesoría médica.

Tipos de preferencias e indicaciones para el cuidado (Cada numeral es un ejemplo diferente. Tenga en cuenta que algunos pueden ser complementarios, pero otros contradictorios.):

1. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico y que provoque dependencia absoluta, es de mi preferencia que se actué en conformidad al principio de proporcionalidad y prudencia y no se me realicen intervenciones fútiles que puedan prolongar mi condición en el tiempo.
2. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico y que provoque dependencia absoluta, solicito que se garanticen todas las medidas de cuidado y alivio proporcionales a mi condición y rechazo toda medida que pueda resultar desproporcionada aunque pueda ofrecer beneficios, si su instauración tiene como resultado simplemente la prolongación de mi condición en el tiempo.
3. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico y que provoque dependencia absoluta, solicito que sean instauradas todas las medidas necesarias para garantizar mi estabilidad y rehabilitación, excepto frente a la no indicación o contraindicación de estas por el equipo de salud.
4. Solicito que ante la evolución y progresión del diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible se reorienten todos los esfuerzos clínicos para permitir la evolución natural de la enfermedad o condición.
5. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de origen neurológico (secuelas de isquemia, anoxia o sangrado cerebral, demencia, traumatismos encefálicos o otras enfermedades neurológicas de origen orgánico) que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico es de mi preferencia que se actué en conformidad al principio de proporcionalidad y prudencia y no se me realicen intervenciones fútiles que puedan prolongar mi condición en el tiempo.
6. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad neurológica que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico rechazo que me sea realizada reanimación cardiopulmonar frente a una parada cardíaca.

7. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad renal avanzada que requiera la realización de terapia de remplazo renal (diálisis) rechazo su inicio.
8. En caso de encontrarme recibiendo terapia de reemplazo renal (diálisis), si llego a presentar un deterioro progresivo de mi estado general el cual no pueda ser revertido dentro de las medidas razonables, proporcionales y justas, solicito sea suspendido dicho soporte.
9. En caso de cursar con indicación médica de alimentación artificial parenteral en el escenario de un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible rechazo su inicio o solicito que sea suspendida si esta fue instaurada previamente al conocimiento de este documento.
10. En caso de cursar con indicación médica de alimentación artificial por sondas o colocación de tubos enterales – vía nasal, oral o vía gastrointestinal–, en el escenario de un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible rechazo su colocación o solicito que sea suspendida si esta fue instaurada previamente al conocimiento de este documento.
11. En caso de cursar con indicación médica de respiración asistida por ventilación mecánica, en el escenario de un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, rechazo la colocación de tubos orotraqueales y de traqueostomías, o solicito que sea suspendida si esta fue instaurada previamente al conocimiento de este documento.
12. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, rechazo que sea llevado a intervenciones quirúrgicas que no tengan como objetivo claro el alivio de los síntomas secundarios a mi enfermedad de base.
13. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, acepto que me sean realizadas las intervenciones diagnósticas y de tratamiento que el equipo médico considere necesarias para mantener mi calidad de vida sin perjuicio del cumplimiento de lo indicado por la ética médica.
14. En caso de requerir una transfusión para estabilizar mi condición o diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, rechazo que esta sea realizada.
15. En caso de requerir una transfusión para estabilizar mi condición o diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible solicito que esta sea realizada excepto frente a contraindicaciones médicas.
16. Solicito que sean realizados todos los tratamientos disponibles dentro de las medidas razonables para aliviar los síntomas resultado del proceso de deterioro de mi condición o diagnóstico incluyendo las enfermedades agregadas o complicaciones derivadas de mi cuidado.
17. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, rechazo que sean realizados procedimientos diagnósticos o tratamientos de enfermedades agregadas o complicaciones derivadas de mi condición o diagnóstico.

18. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, solicito que la atención médica se limite a aliviar los síntomas provocados por mi condición o diagnóstico dentro de las medidas razonables, proporcionales y justas.
19. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, solicito que todos los cuidados y atenciones en salud sean realizados en mi domicilio y se evite dentro de lo posible la asistencia al servicio de urgencias u hospitalización.
20. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, solicito que todos los cuidados y atenciones en salud sean realizados de acuerdo a las indicaciones médicas, por lo tanto acepto ser trasladado al servicio de urgencias y hospitalización en caso de presentarse dicha indicación.
21. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, solicito que en caso de presentarse deterioro del estado general por mi condición o diagnóstico se me atienda con todas las herramientas técnicas posibles y razonables, excepto la Unidad de Cuidados Intensivos en caso de encontrarse indicado por el equipo médico.
22. En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, solicito que en caso de presentarse deterioro del estado general por mi condición o diagnóstico se me atienda con todas las herramientas técnicas posibles y razonables, excepto la Unidad de Cuidados Intensivos o Cuidados Intermedios en caso de encontrarse indicado por el equipo médico.
23. Solicito que en caso de presentarse deterioro del estado general por mi condición o diagnóstico se me atienda con todas las herramientas técnicas posibles y razonables, incluyendo la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios en caso de encontrarse indicado por el equipo médico.
24. En caso de deterioro progresivo de mi estado de salud sin que se prevean alternativas razonables de recuperación o que me lleven a un estado de dependencia funcional, rechazo el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o de Cuidados intermedios.
25. En caso de presentarse deterioro del estado general por mi condición o diagnóstico, rechazo el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o de Cuidados Intermedios.
26. En el caso de encontrarme previamente sano y que se presentase una situación en la cual no hay alternativa de tratamiento razonable que puedan generar mejoría y restablecimiento de mi funcionalidad previa solicito a los profesionales de la salud que no me sean instauradas medidas de prolongación biológica o sostén vital o solicito que sea suspendida si esta fue instaurada previamente al conocimiento de este documento.
27. En el caso de encontrarme previamente sano y que se presentase una situación en la cual como resultado de la enfermedad se altere mi funcionalidad generando dependencia parcial solicito que me sean instauradas medidas de sostén vital mientras exista probabilidad de rehabilitación.

28. En el caso de encontrarme previamente sano, si llegase a presentar una condición o enfermedad grave que provoque como resultado la dependencia funcional total solicito que se realicen todas las intervenciones necesarias para garantizar mi estabilidad, mejoría y rehabilitación excepto frente a una indicación médica de reorientación de dichas medidas.
29. En el caso de encontrarme previamente sano, si llegase a presentar una condición o enfermedad grave que provoque como resultado la dependencia funcional total permanente que no sea susceptible de mejoría y rehabilitación, solicito que sean retiradas o suspendidas todas las medidas de sostén vital.
30. En el caso de encontrarme previamente sano, si llegase a presentar una condición o enfermedad grave que provoque como resultado la dependencia funcional total permanente que no sea susceptible de mejoría y rehabilitación, rechazo todas la intervenciones que puedan prolongar mi condición biológica en el tiempo o solicito que sea suspendida si esta fue instaurada previamente al conocimiento de este documento.
31. En el caso de encontrarme previamente sano, si llegase a presentar una condición o enfermedad grave que provoque como resultado la dependencia funcional total permanente o la evolución hacia el proceso de muerte, solicito que la atención médica se limite a aliviar los síntomas provocados por mi condición o diagnóstico dentro de las medidas razonables, proporcionales y justas.

Preferencias e indicaciones sobre el final de la vida

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), es de mi preferencia que se actué en conformidad al principio de proporcionalidad y prudencia y no se me realicen intervenciones fútiles para mi diagnóstico o condición.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía) rechazo que me sea realizada reanimación cardiopulmonar frente a una parada cardiaca.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), rechazo los soportes por ventilación asistida y alimentación por sondas.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), acepto la atención médica con sus intervenciones, medios y tratamientos mientras sean realizados con el único objetivo de aliviar los síntomas secundarios a mi condición o enfermedad.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), rechazo la realización de transfusiones aunque estas tengan como objetivo el alivio de los síntomas secundarios a mi condición o enfermedad.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida enfermedad incurable avanzada, acepto la realización de transfusiones que tengan como objetivo el alivio de los síntomas secundarios a mi condición o enfermedad.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), rechazo que sean realizados procedimientos diagnósticos o tratamientos de enfermedades agregadas o complicaciones derivadas de mi condición o diagnóstico.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida enfermedad incurable avanzada, acepto que sean realizados procedimientos diagnósticos o tratamientos de enfermedades agregadas o complicaciones derivadas de mi condición o diagnóstico que tengan como objetivo el alivio de los síntomas secundarios a mi condición o enfermedad agregada.

En caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), acepto sean realizados procedimientos diagnósticos o tratamientos de enfermedades agregadas o complicaciones derivadas de mi condición o diagnóstico si tiene como objetivo el alivio de los síntomas, la mejoría de mi calidad de vida o permitirme cumplir otras voluntades específicas.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, rechazo el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, solicito que toda la atención y cuidados médicos sean realizados en el ámbito domiciliario. Deseo fallecer en mi domicilio.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, solicito que toda la atención y cuidados médicos necesarios hasta fallecer se lleven a cabo en el ámbito hospitalario, hospice o servicio de cuidados prolongados en la medida de lo posible y razonable. No deseo fallecer en mi domicilio.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, solicito que me sea practicado el procedimiento eutanásico para adelantar el momento de muerte.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, acepto que se continúen todas las medidas y tratamientos de alivio sintomático mientras se adelanta la realización del procedimiento eutanásico.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, rechazo todas las medidas y tratamiento de alivio sintomático y solicito me sea practicada la eutanasia para adelantar el momento de muerte.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, solicito ser acompañado por (familia/amigos/personas cercanas) y deseo que sean practicados ritos la religión (Religión).

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía, solicito me sea brindado apoyo espiritual y acompañamiento religioso de la religión (Religión).

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía solicito me sea brindado solo apoyo espiritual y no acompañamiento religioso.

En caso de encontrarme con un diagnóstico de enfermedad terminal o agonía solicito ser respetado en mi rechazo de apoyo espiritual y acompañamiento religioso.

Preferencias e indicaciones sobre la donación de órganos y tejidos

Solicito que mi cuerpo sea donado para la investigación médica de ser técnicamente posible.

Solicito que mi cuerpo sea donado para la educación médica de ser técnicamente posible.

Solicito que todos mis órganos y tejidos sean dispuestos para la donación de acuerdo a la reglamentación vigente.

Solicito que todos mis órganos y tejidos, excepto (Descripción de los órganos o tejidos sujetos de excepción) sean dispuestos para la donación de acuerdo a la reglamentación vigente.

Preferencias e indicaciones generales que deseo sean tenidas en cuenta en caso de no haber previsto la situación en la cual el presente documento es presentado.

En caso de que no pueda tomar decisiones por mi y la situación no haya sido planteada por este documento solicito que la persona que actúe a mi nombre sea: Nombres y apellidos como aparecen en el documento de identidad y número de identificación.

En caso de que no pueda tomar decisiones por mi y ser requerido el uso del presente documento, solicito que la información sobre mi enfermedad o condición sea dada solo a: Nombres y apellidos como aparecen en el documento de identidad y número de identificación de la persona o personas.

En caso de que no pueda tomar decisiones por mi y ser requerido el uso del presente documento el cual fue formalizado ante mi médico tratante solicito que la información sobre mi enfermedad o condición sea dada solo a Nombres y apellidos como aparecen en el documento de identidad y número de identificación de la persona o personas y rechazo que la información de mi historia clínica sea revelada parcial o totalmente a personas diferentes a las enunciadas, excepto bajo la condición de riesgo de salud pública o afectación de terceros.