

# Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida ("POLST")

## Orden de "Vida con Dignidad" de Utah

Bureau of Health Facility Licensing and Certification, Utah Department of Health  
Estado de Utah Regla R432-31 v3.0 Febrero 2016 (<http://health.utah.gov/hflcra/forms.php>)

Apellido del paciente	<input type="text"/>	Primer nombre/Inicial del segundo nombre	<input type="text"/>	Fecha de esta orden	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	------------------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------

Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	4 últimos números SS#	<input type="text"/>	Domicilio (Calle, ciudad, estado, código postal)	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------------------------------	----------------------

Nombre del proveedor de salud (MD/DO/PA/APRN)	<input type="text"/>	Teléfono del proveedor de salud	<input type="text"/>
-----------------------------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

Descripción breve del estado del paciente	<input type="text"/>
-------------------------------------------	----------------------

Objetivo del paciente para su cuidado médico	<input type="text"/>
----------------------------------------------	----------------------

### A. RESUCITACION CARDIOPULMONAR ("CPR") Opciones de tratamiento si el paciente no tiene pulso y no está respirando (marque uno)

<input type="checkbox"/> Intentar resucitar (Al seleccionar esta opción se requiere seleccionar "Tratamiento Completo" en la sección B)	<input type="checkbox"/> No intentar ni continuar ninguna resucitación ("DNR") (permitir una muerte natural)	<input type="checkbox"/> No deseo expresar una preferencia (esta opción puede causar intento de resucitación)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### B. INTERVENCION MEDICA Opciones de tratamiento cuando el paciente tiene pulso y está respirando (marque una)

<input type="checkbox"/> <b>TRATAMIENTO COMPLETO:</b> <i>Prolongar la vida por todos los medios médicos eficientes.</i> La atención médica puede incluir tubo endotraqueal, respiración mecánica, desfibrilación/cardioversión, vasopresores, y cualquier otra medida de mantenimiento de vida que se requiera. También incluye la atención médica descrita abajo.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> <b>INTERVENCIONES ADICIONALES LIMITADAS</b> <i>Continuar con el tratamiento médico, pero evitando medidas extremas.</i> La atención médica puede incluir tratamiento de obstrucción de vías respiratorias, respiración por máscara/bolsa/válvula, monitoreo del ritmo cardíaco, líquidos intravenosos, antibióticos intravenosos y otras medicinas indicadas. Incluye la atención descrita abajo. Sin tubo endotraqueal o respiración mecánica. Generalmente evita usar la UCI (Cuidado Intensivo)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> <b>MEDIDAS DE COMODIDAD:</b> <i>Maximizar la comodidad y la dignidad.</i> La atención médica incluye higiene oral y corporal, esfuerzo razonable de ofrecer alimentos y líquidos en forma oral, medicinas, oxígeno, posicionamiento, abrigo y otras medidas para aliviar el dolor y sufrimiento. Transferencia a un hospital solamente si las medidas de comodidad no pueden manejarse en la institución actual.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> <b>NO HAY PREFERENCIA:</b> No deseo expresar preferencia (esta opción puede causar un tratamiento completo).
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Instrucciones adicionales o clarificación; Si deseara una intervención temporera, describa sus metas y/o el periodo de tiempo en el que desearía la misma:	<input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

### C. NUTRICION ARTIFICIAL

<input type="checkbox"/> Nutrición a largo plazo por sonda	<input type="checkbox"/> Período de prueba de nutrición artificial por sonda	<input type="checkbox"/> Sin nutrición artificial	<input type="checkbox"/> No deseo expresar preferencia
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Describa objetivos y/o periodo de prueba	<input type="text"/>
------------------------------------------	----------------------

### D. INSTRUCCIONES MEDICAS ANTICIPADAS ("ADVANCE DIRECTIVES") Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Instrucciones Médicas Anticipadas disponibles, revisadas y confirmadas sin conflictos	<input type="checkbox"/> No hay Instrucciones Médicas Anticipadas disponibles
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Representante nombrado en las Instrucciones Médicas Anticipadas	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
-----------------------------------------------------------------	----------------------	----------	----------------------

<input type="checkbox"/> Yo, el paciente, deseo que esta orden sirva de guía general. Comprendo que en algunas situaciones la persona que toma decisiones por mí puede decidir algo diferente si cree que es consistente con mis preferencias.	<input type="checkbox"/> Yo, el paciente, deseo que se siga esta orden estrictamente
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Discutido con:	<input type="text"/>
----------------	----------------------

### FIRMAS REQUERIDAS

Nombre en imprenta	<input type="text"/>	Relación (escriba "yo mismo" si es el paciente)	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	-------------------------------------------------	----------------------	-------	----------------------

Firma del proveedor médico (MD/DO/PA/APRN) Se requieren dos firmas para los menores de edad	Nombre en imprenta	Número de licencia	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del profesional con licencia que prepara el formato	Nombre en imprenta	Título	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T  
  
U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T  
  
U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T  
  
U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T

# Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida (“POLST”)

## Orden de “Vida con Dignidad” de Utah

Bureau of Health Facility Licensing and Certification, Utah Department of Health  
Estado de Utah Regla R432-31 v3.0 Febrero 2016 (<http://health.utah.gov/hflcra/forms.php>)

### INSTRUCCIONES PARA LOS PROVEEDORES DE SALUD

#### COMPLETAR EL FORMULARIO “POLST”

- Este formulario es para pacientes adultos y pediátricos.
- Este formulario “POLST” no son Instrucciones Médicas Anticipadas y no las reemplazan. El formulario POLST es una orden médica.
- Si ambos formularios están disponibles, revise ambos, el formulario POLST y las Instrucciones Médicas Anticipadas para asegurarse que sean consistentes.
- El formulario POLST debe completarlo un proveedor médico (doctor, asociado médico, enfermero/a especialista) basado en las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.
- Se debe llenar el formulario en su totalidad. El paciente puede indicar “no deseo expresar una preferencia” en vez de dejar una sección sin responder.
- La sección D, que indica el grado de autosuficiencia que el paciente desea otorgar a su representante, debe completarlo el paciente y solamente si el paciente cuenta con todas sus facultades médicas para tomar decisiones.
- El formulario POLST debe firmarlo el paciente o su representante Y un proveedor médico (doctor, asociado médico, enfermero/a especialista) para que sea válido. Para pacientes pediátricos se requiere la firma de dos proveedores médicos.
- Recomendamos enfáticamente usar el formato original. Las fotocopias y fax de los formatos POLST firmados tienen validez legal y vinculante.

#### USO DEL FORMULARIO “POLST”

##### Sección A:

- Si el paciente selecciona “No intentar Resucitación”, **si no tiene pulso y no está respirando**, no se debe usar desfibrilador (incluyendo desfibriladores automatizados externos) ni compresiones de pecho.

##### Sección B:

- Una persona puede escoger “No Resucitar” en la sección A y “Tratamiento Completo” en la sección B, reconociendo que en la sección A se refiere a que no hay signos de vida (pulso palpable) y la sección B se refiere a cuando hay signos de vida.
- Al escoger “Intentar Resucitación” en la sección A requiere “Tratamiento Completo” en la sección B, puesto que el intento de resucitación incluye tubo endotraqueal, respiración mecánica, desfibrilación/cardioversión y/o vasopresores.
- Cuando no se puede lograr un estado confortable, el paciente, incluyendo alguien que esté con “Medidas de Confort” se le puede transferir a un hospital para proveer confort adicional (ejemplo, tratamiento para una fractura en la cadera).
- Si un paciente ha indicado que no desea regresar a un hospital debe documentarse por escrito en la sección del formulario “otras instrucciones y clarificaciones”.
- Los antibióticos y líquidos intravenosos generalmente no se consideran “Medidas de Confort” y pueden prolongar la vida. Una persona que desea antibióticos o líquidos intravenosos debe indicar “Intervenciones adicionales limitadas” o “Tratamiento Completo”.
- Algunas medicinas intravenosas (por ejemplo, medicinas para el dolor, náusea, delirio, etc) pueden ser apropiadas para alguien que ha optado por “Medidas de Confort”.

#### REVISIÓN DEL FORMULARIO POLST

Este formulario debe revisarse periódicamente (por lo menos una vez al año). También se recomienda una revisión cuando:

- Se transfiere al paciente de una institución médica a otra o de un nivel de cuidados médicos a otro.
- Hay un cambio significativo en el estado de salud del paciente.
- Cambian las preferencias de tratamiento del paciente.

#### MODIFICACION Y ANULACION DEL FORMULARIO POLST

- El formulario POLST puede ser modificado en cualquier momento si el paciente cambia de parecer acerca de sus preferencias de tratamiento llenando un nuevo formulario POLST.
- Si el paciente ha dado suficiente autoridad a su representante para modificar el formulario POLST, cualquier modificación debe hacerse según las preferencias del paciente con la colaboración de un proveedor médico.
- Si el documento se revoca, se recomienda trazar una línea a través de las secciones A a la D escribiendo “NULO” con letra mayúscula, con firma y fecha.
- El formulario POLST de fecha más actualizada es el que se considera válido. El formulario POLST con fecha más actualizada precede a todas las otras instrucciones de Orden Médica para Mantener la Vida (POLST).

*Coloque este formulario en un lugar visible en la ficha clínica del paciente o en su casa. Si al paciente se le transfiere a otro centro de cuidados, (incluyendo salas de urgencia de un hospital) se debe llevar una copia de este documento con el paciente.*

U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T  
  
U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T  
  
U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T  
  
U  
T  
A  
H  
  
P  
O  
L  
S  
T