

Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada



GUÍA para hacer la voluntad vital anticipada /
Autoría, Tamayo Velázquez, MI ... [et al.]. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, 2012
40 p. : il. col. ; 30 cm
Cub. sustituto de la port.
1. Derechos del paciente 2. Directivas anticipadas
3. Voluntad en vida I. Tamayo Velázquez, MI
II. Andalucía. Consejería de Salud
W 85.5

Autoría

Tamayo Velázquez, MI
Simón Lorda, P
Méndez Martínez, C
García León, FJ

Diseño, maquetación e ilustraciones

Laura Mudarra Rubio

Este documento fue realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en el marco de un proyecto de apoyo al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Esta impresión ha sido financiada a cargo de los fondos para la estrategia Nacional 2010 de Cuidados Paliativos, del Ministerio de Sanidad y Política Social, aprobados según Real Decreto 829/2010 de 25 de junio de 2010 BOE nº 166 de 9 de julio de 2010.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2012
DEPÓSITO LEGAL: SE 2551-2012

Índice

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA.....	1
- ¿Para qué sirve esta Guía?.....	1
- ¿Qué es una Voluntad Vital Anticipada?.....	1
- ¿Quién puede hacer la Voluntad Vital Anticipada?.....	1
- ¿Qué NO puede incluir mi Voluntad Vital Anticipada?.....	2
- ¿Cómo puedo registrar mi Voluntad Vital Anticipada?.....	2
- ¿Puedo hacer todo el proceso a través de Internet?.....	4
- ¿Cuándo se aplicará mi Voluntad Vital Anticipada?.....	5
- ¿Puedo cambiar mi Voluntad Vital Anticipada?.....	5
INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA RELLENAR EL DOCUMENTO DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA EN ANDALUCÍA.....	6
- Información y sugerencias sobre el Anexo I.....	8
- Anexo I: Inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.....	9
- Información y sugerencias sobre el Anexo II.....	12
- Anexo II: Declaración de Voluntad Vital Anticipada.....	13
- Información y sugerencias sobre el Anexo III.....	24
- Anexo III: Aceptación de la persona que actúa como representante.....	25
- Información y sugerencias sobre el Anexo IV.....	26
- Anexo IV: Aceptación de la persona sustituta del/de la representante.....	27
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	29
- Testamento vital.....	29
- Instrucciones previas.....	29
- Transfusión de sangre.....	29
- Alimentación e hidratación.....	30
- Técnicas de depuración extrarrenal.....	32
- Respirador artificial.....	33
- Reanimación cardiopulmonar (RCP).....	34
- Sedación paliativa.....	34
- Situación de incapacidad de hecho.....	34
- Valores vitales.....	35
- Medida de soporte vital.....	35
- Situación terminal.....	35
- Cuidados paliativos.....	35
- Síntoma refractario.....	35
- Situación de agonía.....	36
- Estado vegetativo permanente.....	36
- Muerte cerebral.....	36
MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS	37
ESPACIO PARA ANOTACIONES.....	39

Información General sobre la Voluntad Vital Anticipada

¿Para qué sirve esta guía?

Esta guía sirve para **ayudar** a la **ciudadanía** andaluza a cumplimentar su **Voluntad Vital Anticipada**, un documento que también es conocido como **Testamento Vital**.

Estos documentos permiten expresar con antelación y por escrito los **deseos y preferencias** de las personas respecto a los cuidados de salud que desean recibir cuando, por estar enfermas, no puedan comunicarse.

Esta guía ofrece información **sencilla y rápida** sobre la manera de rellenar estos documentos y expresar mejor su voluntad.

Además contiene información adicional para saber más sobre las Voluntades Vitales Anticipadas y conocer los servicios que presta el **Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía**.

¿Qué es una Voluntad Vital Anticipada?

La **Declaración de Voluntad Vital Anticipada** es un documento escrito que contiene las preferencias sobre los **cuidados y tratamientos sanitarios** que deseamos recibir, para que se cumplan en el momento en que no tengamos capacidad para expresarlas personalmente.

También permite escoger a una persona de nuestra confianza, un/a **representante**, para que decida por nosotros/as cuando estemos en esa situación. Además podemos incluso escoger a una segunda persona representante, un/a sustituto/a, para que intervenga si la primera persona representante no pudiera hacerlo por algún motivo.

¿Quién puede hacer la Voluntad Vital Anticipada?

- Las personas **mayores de edad**.
- Las personas menores de edad que estén **emancipadas**.
- Las personas **incapacitadas judicialmente**, siempre y cuando la sentencia de incapacitación no se lo impida y estén en situación de capacidad en el momento de formalizar su Declaración.

¿Qué NO puede incluir mi Voluntad Vital Anticipada?

Todas las personas tenemos **libertad para expresar** los deseos que nos parezcan convenientes, aunque debe tenerse en cuenta que el personal sanitario **no realizará actuaciones:**

- que sean **contrarias a la ley**
Ejemplo: *“Quiero que me hagan la eutanasia”*
- que **no estén clínicamente indicadas**
Ejemplo: *“Quiero que me pongan todo tipo de tratamientos disponibles para mantenerme con vida, incluso aquellos que no hayan demostrado su utilidad o sean experimentales”*

El personal sanitario debe **respetar sus preferencias sanitarias** sobre la retirada o no inicio de tratamientos. Sin embargo, debe tener en cuenta que los/as profesionales sólo iniciarán determinados tratamientos, aunque usted los solicite en esta Declaración, cuando consideren que están **clínicamente indicados**.

¿Cómo puedo registrar mi Voluntad Vital Anticipada?

- 1 Hable con un/a profesional sanitario/a de su confianza y con su representante** o persona sustituta (si elige alguno/a) sobre sus preferencias sanitarias. El personal sanitario andaluz tiene obligación de facilitarle información sobre las Voluntades Vitales Anticipadas.
- 2 Si lo desea, pida a un/a profesional sanitario que le ayude en el proceso.** Aunque en esta Guía encontrará explicaciones sobre términos médicos que se usan frecuentemente, un/a profesional podrá darle explicaciones más detalladas. Así estará usted más seguro de lo que quiere poner en la Declaración.
- 3 Rellene el documento** de Declaración de Voluntad Vital Anticipada (Anexos I,II, III y IV).

4 Solicite una cita para inscribir el documento en la oficina del Registro más próxima a su domicilio:

- Consiga su cita en **Salud Responde: 902 50 50 60**



- Obtenga usted mismo su cita por **Internet** en el **Portal de Salud de la Junta de Andalucía**



<https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>

5 Acuda a la cita con la **documentación** necesaria:

- ✓ Documento de identificación personal (**DNI/Pasaporte**)
- ✓ Declaración de Voluntad Vital Anticipada **cumplimentada**
- ✓ Si decide nombrar **representante/s** y estos no permiten la consulta de sus datos a través del sistema de verificación de identidad, entonces tendrá que traer una **copia compulsada del DNI** de cada uno de ellos o ellas

Recuerde

El documento de Voluntad Anticipada **no tiene validez** legal plena si no queda **inscrito** en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Una vez su Voluntad Anticipada queda registrada, se incorporará un **acceso desde su historia clínica** para que el personal sanitario pueda consultarla cuando sea necesario y garantizar que sus deseos y preferencias sean respetados.

Es importante:

- que usted **hable** con el **personal de medicina y enfermería** que le atiende habitualmente sobre los contenidos de su Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- que **comente** sus deseos con sus **seres queridos, familiares y amigos/as**.

Así todo el mundo conocerá sus **deseos y preferencias** y será más sencillo **respetarlos** cuando llegue el momento.

Si su estado de salud no le permite desplazarse hasta el punto de Registro, una persona responsable de dicho Registro **acudirá a su domicilio o centro sanitario** para que usted pueda realizar su Declaración. Para ello debe comunicar su petición a Salud Responde, cuando solicite su cita.

¿Puedo hacer todo el proceso a través de Internet?

Muchos de los pasos los puede hacer por Internet previamente.

<https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>

Para ello necesita incluir en la aplicación sus **datos personales** (DNI y fecha de nacimiento) o bien utilizar un Certificado Digital.

Sin embargo es necesario que, como **último paso**, acuda a una **cita personal** en el Registro para finalizar el proceso.

En la aplicación informática usted puede **rellenar los documentos** y **obtener una cita** en el Registro. Los documentos los podrá **cumplimentar, grabar e imprimir una sola vez**, a no ser que tenga usted Certificado Digital, en cuyo caso podrá consultar y modificar los documentos tantas veces como lo necesite, antes de la cita.

El Certificado Digital será también **imprescindible** para consultar su Voluntad Anticipada una vez inscrita y para saber quién ha accedido a su Voluntad Vital Anticipada.

Sus representantes también tienen la posibilidad de firmar la aceptación (Anexos III y IV) usando sus propios Certificados Digitales.

Recuerde que los documentos cumplimentados por Internet sólo tienen validez definitiva cuando usted se presente **personalmente** en el Registro. El haberlos cumplimentado previamente únicamente agiliza los trámites en el Registro.

¿Cuándo se aplicará mi Voluntad Vital Anticipada?

Mientras usted tenga **capacidad** suficiente para **comunicar sus preferencias**, el personal sanitario tendrá en cuenta lo que usted diga en **ese momento**, no lo escrito en la Voluntad Vital Anticipada.

Lo que deje escrito sólo se llevará a cabo en aquellas situaciones en las que usted **no pueda tomar decisiones sobre sus cuidados o tratamientos** sanitarios por encontrarse **inconsciente, en coma** o simplemente **incapaz de decidir**.

¿Puedo cambiar mi Voluntad Vital Anticipada?

Sí. La Voluntad Vital Anticipada puede **rehacerse, modificarse o cancelarse** en cualquier momento. Sólo debe seguir los mismos pasos que para el registro de la Declaración: llamar a Salud Responde para obtener una cita en el Registro u obtenerla por Internet.



Información y recomendaciones

para rellenar el documento de Voluntad Vital Anticipada

El proceso de inscripción de una Declaración de Voluntad Vital Anticipada de Andalucía exige **cumplimentar** varios documentos, llamados **Anexos**. Estos Anexos son los siguientes:

- **Anexo I: Inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía**
 - Este documento no es más que una “**instancia administrativa**” mediante la que usted solicita que su Declaración sea inscrita en el Registro.
- **Anexo II: Declaración de Voluntad Vital Anticipada**
 - Este es el documento en el que usted **expresa sus deseos y preferencias**. Es por tanto el Anexo más importante de todos.
 - Esta declaración se compone de 6 apartados.
 - No tiene usted obligación de rellenarlos todos. Puede dejar apartados en blanco.

Primero: Recoge los **valores** que usted desea que se tengan en cuenta al tomar decisiones sanitarias sobre su persona.

Segundo: Establece las **situaciones** clínicas en las que usted quiere que se aplique este documento.

Tercero: Especifica las **actuaciones sanitarias** que usted desea que se hagan o no.

Cuarto: Establece sus preferencias respecto a la **donación de órganos y tejidos**.

Quinto: Recoge otras **consideraciones y preferencias** que usted desea establecer.

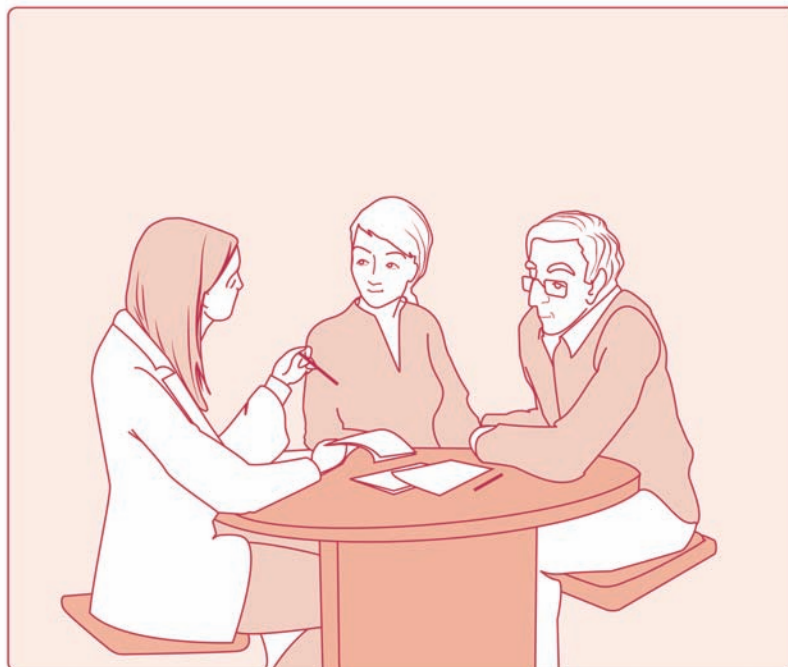
Sexto: Permite la **designación de un/a representante**.

- **Anexo III: Aceptación de la persona que actúa como representante**
-Este Anexo debe ser **firmado** por la persona que usted haya elegido como **representante**.
- **Anexo IV: Aceptación de la persona sustituta del/de la representante**
-Este Anexo debe ser **firmado** por la persona que usted haya elegido como **sustituto/a del representante**.

A continuación veremos de forma más detallada cada uno de estos Anexos. Podrá consultar cada Anexo y encontrar **información y sugerencias** que le ayudarán a rellenarlos.

Recuerde

Siempre puede pedir **ayuda** a profesionales sanitarios para rellenar los documentos.



Información y sugerencias sobre el Anexo I

ANEXO I SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

1 DATOS PERSONALES DE LA PERSONA OTORGANTE DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE

- Incluya sus **datos** personales.
- Rellene el apartado **Domicilio a Efectos de Notificación** únicamente cuando desee que cualquier notificación sea enviada a un domicilio **distinto del habitual**.

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- En estas casillas se marcarán los **documentos** que usted entregue el día que registre su Declaración.
- Si usted es **menor emancipado** debe aportar el documento que lo **acredite**.
- Si es usted una persona incapacitada judicialmente deberá aportar la **resolución judicial de incapacitación**. Así, la persona que lo atienda podrá constatar que en ella el juez no le prohíbe hacer la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.

3 EN CASO DE QUE LA PERSONA OTORGANTE NO PUEDA FIRMAR

- Si por algún motivo usted no puede firmar el documento, por ejemplo, porque tiene usted escayolado el brazo, otra persona puede hacerlo por usted.
- Esta persona será un **simple testigo** de que usted desea inscribir su Declaración. Esta persona debe incluir sus datos y firmar en esta casilla.

Muy importante

Esta persona **NO es su representante** y posteriormente **NO tomará parte en las decisiones** sanitarias. La designación del representante la tiene que hacer usted en el apartado Sexto del **Anexo II**. Además el representante tiene que aceptar ser designado **firmando en el Anexo III**.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA OTORGANTE DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIE/PASAPORTE Nº
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	DOMICILIO	
LOCALIDAD	PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (Sólo si es distinto del anterior)			
LOCALIDAD	PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Declaración de voluntad vital anticipada. (Anexo II) <input type="checkbox"/> Aceptación de la persona representante y, en su caso, documento acreditativo de su personalidad. (Anexo III) <input type="checkbox"/> Aceptación de la persona sustituta del representante, y en su caso, documento acreditativo de su personalidad. (Anexo IV) <input type="checkbox"/> En caso de persona menor de edad emancipada, documento que acredite la emancipación. <input type="checkbox"/> En caso de persona incapacitada judicialmente, resolución judicial de incapacitación.

3 EN CASO DE QUE LA PERSONA OTORGANTE NO PUEDA FIRMAR (1)	
Identificación de la persona que ejerce de testigo que firma a su ruego	
APELLIDOS Y NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DNI / PASAPORTE	
FIRMA	

4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.</p> <p>AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:</p> <p>Primero.- La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntad vital anticipada a los/las profesionales sanitarios/as implicados/as en mi proceso asistencial.</p> <p>Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</p>

4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

En esta casilla usted afirma que los datos que aporta **son ciertos**. De esa forma, si usted aporta datos falsos y de ello se derivan consecuencias que usted no preveía, la responsabilidad es sólo suya.

Además, usted **autoriza** a que todos los datos personales que facilita en su documento puedan ser **conocidos y utilizados por el personal sanitario que le atiende**. De esa forma podrán respetar los deseos y preferencias incluidos por usted en su Declaración. En el recuadro del final del Anexo, donde pone “PROTECCIÓN DE DATOS”, encontrará más información sobre esta cuestión.

También permite que sus datos se **incluyan** en el **Registro Nacional de Instrucciones Previas**:

- *En este Registro están depositadas todas las Voluntades Vitales Anticipadas registradas en España en cualquiera de los Registros existentes en las Comunidades Autónomas.*
- *En caso de hacer una nueva Voluntad Anticipada en otra Comunidad Autónoma, su anterior Declaración hecha en Andalucía quedará sin vigencia. Independientemente de la Comunidad en la que usted registre su Voluntad Anticipada, la que tendrá valor será la última que registre.*
- *Si usted viaja fuera de Andalucía y necesita atención sanitaria, el personal que le atiende en otra Comunidad Autónoma podrá conocer lo que usted incluyó en su Declaración de Voluntad Vital de Andalucía y respetar sus deseos y preferencias.*
- *Su Declaración tiene valor en todas las Comunidades Autónomas de España. No precisará por tanto llevar siempre consigo una copia de su Declaración cuando viaje por España.*
- *Este Registro telemático se ubica en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en Madrid.*
- *En caso de viajar al extranjero, la Declaración no podrá ser consultada, por lo que se recomienda que lleve una copia de su Declaración.*

Por último, lo más **importante**: usted solicita la **inscripción** de su Voluntad Vital Anticipada en el **Registro de Andalucía**.

Debe incluir la **fecha** y **firmar** el documento. En caso de que usted no pudiera firmar, el testigo que antes se ha designado lo hará por usted.

Fíjese que la persona del Registro tiene **obligación de acreditar su personalidad** y constatar que tiene usted la capacidad suficiente para inscribir esta Declaración. Por ello no debe considerar extraño que le haga **algunas preguntas para asegurarse** de ello.

4	DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)
<p>SOLICITO la inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada que se acompaña, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, y en sus desarrollos reglamentarios.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">SOLICITANTE O TESTIGO (1)</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p> <p>Ante mí, constatada la personalidad y capacidad de la persona otorgante</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA (Sello)</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p> <p>(1) A cumplimentar en el supuesto de que la persona otorgante de la declaración no supiere o no pudiese firmar.</p>	
RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA	

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Información y sugerencias sobre el Anexo II

ANEXO II

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

- **Rellene** con sus datos los espacios en blanco.
- El **NHUSA** (Número de Historia Única de Salud en Andalucía) lo rellenará la **persona encargada** de realizar el registro. A través de este número se posibilita el acceso telemático a su Voluntad Vital Anticipada desde su Historia Clínica.

MANIFIESTO

Recuerde que mientras usted tenga **capacidad** suficiente para **comunicar su voluntad**, el personal sanitario le preguntará directamente a usted qué hacer en cada situación y **no se tendrá en cuenta la presente Declaración**.

DECLARO

PRIMERO.- VALORES VITALES QUE SE HAN DE TENER EN CUENTA Y QUE SUSTENTAN MIS DECISIONES Y PREFERENCIAS

En este espacio, si lo desea, puede usted incluir aquellos **valores** que considere importantes y que **respaldarán sus decisiones** y **preferencias** en los procesos de enfermedad y muerte.

Estos valores son los que desearía que el personal sanitario y su representante tuvieran en cuenta a la hora de decidir sobre posibles **tratamientos o cuidados sanitarios**.

A continuación se incluyen algunos **ejemplos** de valores que pueden ser importantes para usted y que puede incluir en la Declaración si lo considera oportuno.

- **Comunicarme** de alguna forma con mi familia o amigos/as
- Tener un grado suficiente de **consciencia** para darme cuenta de las cosas
- **Asearme por mi mismo/a**
- **Alimentarme sin** necesidad de **medidas artificiales**
- **Moverme con la menor ayuda** posible
- **Vivir sin necesidad de estar conectado** permanentemente a máquinas de soporte vital
- Vivir con el **menor dolor físico** posible
- Ser cuidado en **mi casa** por las personas que me quieran
- Permanecer en mi **domicilio** durante los últimos días de mi vida
- También puede incluir **frases** como por ejemplo:

*“Deseo que mi tratamiento se limite a medidas que me mantengan **cómodo** y **aliviado del dolor físico** o sufrimiento psíquico que me ocasione mi enfermedad, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte”*

*“No quiero que se me sigan poniendo tratamientos y haciendo pruebas cuando ya esté claro que **no voy a recuperar la consciencia**”*

Es muy importante que, si decide elegir a alguna persona como representante y sustituta, **hable con ella/s de estos valores**. También es conveniente que los **comente con su familia** y **con el personal sanitario** que le atiende habitualmente.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

Yo, D/Dª: con D.N.I./NIE PASAPORTE Nº:

NUHSA Nº

Fecha de Inscripción:

MANIFIESTO

Que mediante esta Declaración de Voluntad Vital Anticipada expreso los **valores y preferencias** que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba **en el caso de que no pueda expresar personalmente mi voluntad.**

DECLARO

PRIMERO.- VALORES VITALES QUE SE HAN DE TENER EN CUENTA Y QUE SUSTENTAN MIS DECISIONES Y PREFERENCIAS

Deseo que las personas que tengan que tomar decisiones sanitarias en mi lugar cuando me encuentre en una situación clínica que me impida expresar personalmente mi voluntad, tengan en cuenta los siguientes valores:

SEGUNDO.- SITUACIONES CLÍNICAS EN LAS QUE QUIERO QUE SE APLIQUE ESTE DOCUMENTO

Este apartado se abre con una declaración general que es la que da sentido al hecho de que usted redacte una Declaración de Voluntad Vital Anticipada. Fíjese que la Declaración **NO se aplica**, en principio, **en situaciones agudas** donde el tratamiento puede salvarle a usted la vida: un accidente de tráfico, un infarto agudo de miocardio, una infección grave, un cáncer recién diagnosticado, etc., salvo que usted exprese lo contrario en el Apartado Quinto. La Declaración **sólo se aplicaría en situaciones “graves e irreversibles”**, donde las expectativas de recuperación son mínimas o inexistentes.

Pero además de esta Declaración general, en este apartado usted puede **incluir** aquellas **situaciones clínicas específicas** en las que desea que se lleve a cabo lo escrito en la Voluntad Vital Anticipada.

A modo de ejemplo, se nombran algunas situaciones clínicas que conllevan un **deterioro físico intenso**:

- **Daño cerebral** severo o irreversible (coma irreversible, estado vegetativo permanente, estado de mínima consciencia).
- Enfermedad en **situación terminal**.
- Enfermedad en **situación de agonía**.
- **Enfermedad degenerativa del sistema nervioso** en **fase avanzada**.
- **Enfermedad degenerativa del sistema neuromuscular** en **fase avanzada**.
- **Demencia** de causa degenerativa en **fase avanzada**.
- **Inmunodeficiencia** en **fase avanzada**.

Al final de esta Guía encontrará usted una **lista de definiciones** de algunas de estas situaciones clínicas.

En el caso de las mujeres, si llegada la circunstancia de aplicar esta Declaración, se encontrara usted **embarazada**, puede también expresar sus deseos al respecto.

- Puede expresar usted si desea ser mantenida con **soporte vital** sólo durante el tiempo necesario para mantener al feto con vida hasta que sea viable y pueda nacer.
- También puede dejar expresado que es usted **donante de sangre de cordón umbilical**. Así los profesionales que la atiendan podrán obrar en consecuencia. Para hacerse donante de Sangre de Cordón Umbilical no basta con que lo exprese en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada. Debe dirigirse a uno de los **Bancos de Sangre de Cordón** existentes en España . Toda la información sobre la manera de hacerlo puede obtenerse en la página **Web del SAS**:

<http://www.sas.junta-andalucia.es>

SEGUNDO.- SITUACIONES CLÍNICAS EN LAS QUE QUIERO QUE SE APLIQUE ESTE DOCUMENTO

Este documento ha de tenerse en cuenta en aquellas situaciones clínicas en las que no haya expectativa de recuperación, que me produzcan un gran deterioro físico o mental o que sean incompatibles con las instrucciones y valores expresados en esta Declaración.

A continuación incluyo algunas situaciones clínicas concretas en las que deseo se aplique este documento.



TERCERO.- INDICACIONES SOBRE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES SANITARIAS

En este apartado se incluyen diversas **actuaciones sanitarias** que pudieran estar indicadas para usted en un futuro. El personal sanitario es el que establece en principio si esas actuaciones sanitarias están o no indicadas en cada situación y momento concreto.

En el caso de que el personal sanitario opine que estas actuaciones pudieran ser útiles en su situación, usted, en este apartado de la Declaración, puede:

- Dar su **consentimiento** para recibir dicha actuación sanitaria (marcando **DESEO RECIBIRLO**).
- Expresar su **rechazo** a recibir dicha actuación sanitaria (marcando **NO DESEO RECIBIRLO**).
- **No decir su opinión** al respecto (marcando **NO ME PRONUNCIO**), bien porque no lo tenga claro en ese momento, o bien porque prefiere que sea la persona representante o sus familiares quienes tomen la decisión en esta situación.

En cualquier caso, aunque usted no desee recibir determinadas actuaciones sanitarias, el personal sanitario siempre le proporcionará a usted las intervenciones sanitarias necesarias para **garantizar su adecuado cuidado y confort**. En ningún caso su rechazo a determinadas medidas disminuirá la calidad de la atención que usted recibirá.

En el **GLOSARIO DE TÉRMINOS** (página 29) puede consultar en qué consiste cada una de las actuaciones sanitarias sobre las que se le sugiere que se pronuncie en este apartado.

OTRAS ACTUACIONES SANITARIAS SOBRE LAS QUE DESEO EXPRESAR MIS INSTRUCCIONES, SIEMPRE QUE DICHAS ACTUACIONES SANITARIAS ESTÉN CLÍNICAMENTE INDICADAS.

Se incluye aquí un espacio en blanco para que, si usted lo desea, incluya otras **actuaciones sanitarias** que no se han recogido en el apartado anterior y sobre las que usted quiere comunicar sus preferencias.

Por ejemplo, puede incluir **preferencias más concretas** relativas a las transfusiones de sangre si, por algún motivo determinado, lo considera conveniente.

También puede incluir preferencias respecto a, por ejemplo, su aceptación inicial a determinadas técnicas durante un tiempo de prueba determinado y su deseo de que, si pasado ese tiempo no han resultado beneficiosas, sean retiradas.

TERCERO.- INDICACIONES SOBRE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES SANITARIAS

Teniendo en cuenta lo que expreso en los apartados primero y segundo de esta Declaración, mi voluntad sobre las siguientes actuaciones sanitarias, siempre que estén clínicamente indicadas, es:

- Transfusión de sangre

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Alimentación mediante nutrición parenteral (sueros nutritivos por vía venosa)

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Alimentación mediante tubo de gastrostomía (tubo que se coloca directamente en el estómago)

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Alimentación mediante sonda nasogástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago)

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Hidratación con sueros por vía venosa

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Técnicas de depuración extrarrenal

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Respirador artificial

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Reanimación cardiopulmonar

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Sedación paliativa

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

Otras actuaciones sanitarias sobre las que deseo expresar mis instrucciones, siempre que dichas actuaciones sanitarias estén clínicamente indicadas:

CUARTO.- DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

El trasplante de órganos y tejidos es un **acto de generosidad** con las personas enfermas. Muchas de ellas dependen de nuestra solidaridad para poder sobrevivir. La extracción de órganos **sólo** se hace **cuando los pacientes han fallecido** y, por tanto, ya no los necesitan para seguir vivos. Puede encontrar información detallada sobre la donación y trasplante de órganos en:



Coordinación Autonómica de Transplantes de Andalucía

<http://bit.ly/fACqbs>

Teléfono: 901 40 00 43 (8 am -3 pm).

Organización Nacional de Transplantes

<http://www.ont.es>

Teléfono: 902 300 224 (24 horas).

La muerte puede ser secundaria a procesos que conduzcan primariamente a un daño completo e irreversible de las funciones encefálicas (donante en muerte encefálica) o a procesos que conduzcan a un paro cardiorrespiratorio (donante en asistolia). En el caso de muerte encefálica, la persona fallecida no tiene respiración, por lo tanto resulta **obligado el soporte de respiración artificial** para mantener la viabilidad de los órganos hasta su extracción.

La frase del texto que dice *“acepto me puedan aplicar los procedimientos necesarios para la certificación de la muerte y mantener viables los órganos hasta su extracción”*, quiere decir que sus órganos y tejidos **sólo serán extraídos si se cumplen los requisitos médicos necesarios y la legislación vigente**. No siempre es posible extraer los órganos cuando una persona fallece.

Si usted **no está seguro** de sus deseos o prefiere que su representante tome la decisión, puede marcar la casilla **NO ME PRONUNCIO**.

Si usted desea **donar su cuerpo a la ciencia** y a la investigación también puede reflejarlo en el espacio disponible en el apartado siguiente. Pero es necesario entonces que se ponga en **contacto con la Facultad de Medicina** más próxima a su domicilio para que le expliquen el procedimiento que debe seguirse cuando usted fallezca.

IMPORTANTE:

Debe saber que si desea donar su cuerpo a la ciencia, no podrá ser donante de órganos.

Es muy conveniente que **comente con su representante y con sus familiares** los contenidos de este apartado para que estén al tanto de sus deseos y preferencias.

QUINTO. - OTRAS CONSIDERACIONES Y PREFERENCIAS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA

En este espacio en blanco usted puede señalar **otras consideraciones o preferencias** específicas no recogidas hasta ahora en el documento y que usted considera importantes.

También puede expresar sus preferencias respecto a la **asistencia religiosa** que desea recibir o a las personas que desea que estén con usted en los últimos momentos. Algunas organizaciones y confesiones religiosas recomiendan a sus miembros un modelo concreto de Testamento Vital. Si usted lo desea puede incluirlo en este espacio.

CUARTO.- DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Acepto que me puedan aplicar los procedimientos para la certificación de la muerte y para mantener viables los órganos hasta su extracción. Mi voluntad en relación con la donación de órganos y tejidos de mi cuerpo es:

- Donar los órganos

Sí No No me pronuncio

- Donar los tejidos

Sí No No me pronuncio

Consideraciones respecto a la donación de órganos y tejidos:

QUINTO.- OTRAS CONSIDERACIONES Y PREFERENCIAS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA

Finalmente, deseo que en las decisiones sanitarias que me afecten se tenga en cuenta lo siguiente:

SEXTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:

Usted tiene la posibilidad de **designar a un/a representante** para emitir el consentimiento o rechazo de actuaciones clínicas **en su nombre**, en aquellas situaciones en las que usted no pueda expresar su voluntad. Puede además designar un “**sustituto/a**” del representante, es decir, otra persona adicional para que actúe como segundo representante en el caso de que el primero, por el motivo que sea, no pueda ejercer sus funciones cuando llegue el momento. **Lo expresado por usted en la Voluntad Vital Anticipada prevalece sobre lo que pueda indicar su Representante.**

No tiene usted obligación de designar representante. Sin embargo es **muy conveniente.** Fíjese que, aunque en los anteriores apartados de su Declaración usted pueda prever múltiples situaciones clínicas y expresar muchas preferencias, es prácticamente imposible preverlas todas. La Medicina es muy compleja y puede usted acabar en una situación clínica no recogida en su Declaración y ante la que sus profesionales o familiares no tengan claro cómo actuar. Por eso, si elige a una persona que sepa cómo usted piensa y a la que le ha explicado sus preferencias y valores, ésta podrá tomar una decisión en su nombre **acorde a los valores expresados por usted** en el primer apartado de la Declaración.

Es muy importante pensar muy bien a qué persona elegir como representante. Debería ser una persona de su **máxima confianza** y con la que usted haya tenido ocasión de hablar sobre sus preferencias y deseos. Pero no tiene que ser necesariamente un familiar, puede ser una persona amiga.

Lo que sí le recomendamos es que **comunique a sus familiares** cercanos el nombre de la persona a la que ha elegido como representante. Dese cuenta de que las decisiones que tomen su representante o sustituto/a en relación con los contenidos de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada **prevalecerán sobre las opiniones de su familia.** Por eso, para evitar conflictos, es importante que todo el mundo sepa a quiénes ha designado usted como representante y sustituto/a.

Tanto la persona representante como la sustituta deben dar su **consentimiento** para ser designadas. Para ello tienen que firmar, respectivamente, los **Anexos III y IV.** Sería también conveniente que ambas se conocieran entre sí.

Usted podrá además, en el espacio en blanco, determinar las **funciones y limitaciones** de la persona representante y sustituta, quienes deberán **atenerse a las mismas.**

SEXTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:

Deseo nombrar a
 como persona que actúe como mi **representante** que vele para que se cumplan mis deseos en las situaciones clínicas incluidas en esta Declaración y decida, teniendo en cuenta mis valores vitales, en aquellas situaciones que no se contemplan en ella de forma explícita.

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE N°
 nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
 Localidad Provincia Código Postal

Deseo, asimismo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, designar como **persona sustituta de mi representante**, con las mismas atribuciones y limitaciones, a :

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE N°
 nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
 Localidad Provincia Código Postal

Además deseo expresar lo siguiente en relación a las funciones de mi representante y de la persona que le sustituya:

SEPTIMO.- LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO

En a ⁽¹⁾ de de

Firma y rúbrica ⁽²⁾

Fdo.:

(1) Consignar la fecha con letra

(2) El documento deberá ir firmado y rubricado en todas y cada una de sus hojas.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

SÉPTIMO.- LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO

Al rellenar y firmar esta parte, usted dará **validez** a todo lo que ha declarado en las hojas anteriores.

La persona del Registro introducirá todos los datos de la Declaración cumplimentada por usted en una aplicación informática donde quedará grabada. Luego la imprimirá.

Este documento impreso también tendrá usted que firmarlo y rubricarlo en todas las hojas.

Desde el momento en que el documento quede **inscrito en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía será válido** y se incorporará un acceso desde su **historia clínica**.

De igual forma, la Declaración de Voluntad Anticipada inscrita en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía se incorporará al **Registro Nacional de Instrucciones Previas**.

El personal sanitario de Andalucía que le atienda podrá **consultar en todo momento** el contenido de su Declaración a través de la Historia de Salud Digital, telefónicamente a través de Salud Responde y a través del Portal de la Consejería de Salud. En este último caso, los/as profesionales tienen que identificarse convenientemente con su certificado digital. Es decir, no cualquier profesional tiene acceso libre al contenido de su Declaración. Sólo los que le atiendan podrán hacerlo y siguiendo un **protocolo de protección de la confidencialidad**.

De todas formas, siempre es conveniente proporcionar **una copia en papel** o autorizar la consulta de su Declaración a los médicos que lo atiendan habitualmente para que la conozcan de antemano.

El **personal sanitario** del resto de España que le atienda en un determinado momento también podrá **consultar** el contenido de su Declaración siguiendo el protocolo que haya establecido su Comunidad Autónoma y el Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Recuerde

- Puede **cambiar** el contenido de su Declaración **siempre** que usted lo desee.
- Es conveniente que mantenga **actualizados los datos** para localizar a sus representantes.

SEXTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:

Deseo nombrar a _____ como persona que actúe como mi **representante** que vele para que se cumplan mis deseos en las situaciones clínicas incluidas en esta Declaración y decida, teniendo en cuenta mis valores vitales, en aquellas situaciones que no se contemplan en ella de forma explícita.

D/D*: _____ con DNI/NIE PASAPORTE N° _____
nacido/a el día _____ de _____ de _____ sexo H M , con domicilio en _____
Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Deseo, asimismo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, designar como **persona sustituta de mi representante**, con las mismas atribuciones y limitaciones, a :

D/D*: _____ con DNI/NIE PASAPORTE N° _____
nacido/a el día _____ de _____ de _____ sexo H M , con domicilio en _____
Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Además deseo expresar lo siguiente en relación a las funciones de mi representante y de la persona que le sustituya:

SEPTIMO.- LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO

En _____ a ⁽¹⁾ _____ de _____ de _____

Firma y rúbrica ⁽²⁾

Fdo.: _____

(1) Consignar la fecha con letra

(2) El documento deberá ir firmado y rubricado en todas y cada una de sus hojas.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Información y sugerencias sobre el Anexo III

ANEXO III

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE

Recuerde

La persona representante puede ser cualquiera y **no necesariamente un familiar**.

Es imprescindible que la persona representante dé su **consentimiento por escrito** en este documento de aceptación. De lo contrario su designación como representante en el apartado Sexto del Anexo II carecerá de validez.

Para **identificarse** ante la persona responsable del registro el/la representante puede optar por dos procedimientos

- Puede dar su **consentimiento** para que la persona del Registro lo identifique directamente a través de un sistema telemático, el **sistema de verificación de la identidad**. Si marca esta casilla no será necesario que proporcione a la persona que representa fotocopia del documento de identidad, ya que el personal del registro podrá hacerlo a través del sistema informático.
- Si no da su consentimiento para el procedimiento anterior entonces deberá proporcionar **copia autenticada de su DNI o NIE** para acreditar su identidad.

También podrá realizar todo el proceso por **Internet** con su **certificado digital** si la persona a la que representa ha realizado la preinscripción electrónica y usted figura como representante o sustituto/a. Si además usted tiene la **firma digital** podrá realizar electrónicamente todo el procedimiento, firmando el Anexo III o IV a través del menú representación de la [página del Portal de Salud](#):

<https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>

Una vez inscrita en el Registro y también desde el menú representación, podrá consultar la Declaración de la persona a la que representa.

Es muy importante que la persona representante sea **plenamente consciente de las funciones que asume** cuando firma este documento de aceptación. El documento incluye un recordatorio de las funciones del Representante.

Por eso es muy conveniente que representado/a y representante **hablen** sobre sus funciones y comenten los **contenidos** de la Declaración, los **valores, deseos y preferencias**. Puede resultar más sencillo si estas conversaciones tienen lugar con la **participación de un/a profesional sanitario/a** que aclare las dudas, explique las diferentes situaciones clínicas, etc.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
 nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
 Localidad Provincia Código Postal
 País Teléfonos de contacto
 Correo electrónico

Acepto representar a:

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
 nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
 Localidad Provincia Código Postal
 País Teléfonos de contacto
 Correo electrónico

Consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad.

No consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad y aporoto fotocopia autenticada del DNI /NIE

Asumo que mis funciones son:

- Buscar siempre el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represento.
- Velar para que, en las situaciones clínicas contempladas en la Declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento haya dejado establecidas.
- Tener en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la Declaración de la persona a la que represento, para así presumir su voluntad en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Respetar las indicaciones que la persona a la que represento haya establecido respecto al ejercicio de mi función de representante.

LUGAR Y FECHA

En a (1) de

Firma y rúbrica:
 (1) Consignar la fecha con letra

Fdo.:

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Información y sugerencias sobre el Anexo IV

ANEXO IV

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA SUSTITUTA DEL/ DE LA REPRESENTANTE

Al igual que ocurre con la persona representante, la persona sustituta del representante también puede ser cualquier persona y **no necesariamente un familiar**.

En este Anexo deben incluirse:

- El nombre y datos de la persona que actuará como **sustituta** del representante
- El nombre y datos del **representante** al que sustituirá
- El nombre y datos de **identificación** de la persona que será representada por ambos

También es necesario que la persona sustituta del representante dé su **consentimiento por escrito** en este documento de aceptación. Para identificarse puede optar, como en el **Anexo III**, por cualquiera de las dos modalidades.

Al igual que en el caso del representante es muy importante que la persona sustituta sea **plenamente consciente de las funciones que asume** cuando firma este documento de aceptación.

Por eso es muy conveniente que representado/a y sustituto/a hablen sobre sus funciones y **comenten los contenidos** de la Declaración, **los valores, deseos y preferencias**. La participación del representante en estas conversaciones sería también muy adecuada.

Como en el caso del representante, puede resultar más sencillo para todos si estas conversaciones tienen lugar con **la participación de un/a profesional sanitario/a** que aclare las dudas, explique las diferentes situaciones clínicas, etc.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA SUSTITUTA DEL / DE LA REPRESENTANTE

Decreto ____ / ____ de ____ de ____ (BOJA nº ____ de fecha ____)

D/D^a: _____ con DNI/NIE PASAPORTE Nº: _____
 nacido/a el día ____ de ____ de ____ sexo H M , con domicilio en _____
 Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____
 País _____ Teléfonos de contacto _____
 Correo electrónico _____

Acepto sustituir a:

D/D^a: _____ con DNI/NIE PASAPORTE Nº: _____
 nacido/a el día ____ de ____ de ____ sexo H M , con domicilio en _____
 Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____
 País _____ Teléfonos de contacto _____
 Correo electrónico _____

Consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad.

No consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad y aporfo fotocopia autenticada del DNI /NIE

Asumo que mis funciones son:

- Buscar siempre el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represento.
- Velar para que, en las situaciones clínicas contempladas en la Declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento haya dejado establecidas.
- Tener en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la Declaración de la persona a la que represento, para así presumir su voluntad en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Respetar las indicaciones que la persona a la que represento haya establecido respecto al ejercicio de mi función de representante.

LUGAR Y FECHA

En _____ a (1) _____ de _____ de _____

Firma y rúbrica:

(1) Consignar la fecha con letra

Fdo.: _____

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Glosario de Términos

A continuación se **definen** algunos términos que pueden serle de utilidad a la hora de hacer su Voluntad Vital Anticipada y que aún no han sido aclarados en esta guía.

Otros términos que pueden resultarle de interés los encontrará definidos en el **Artículo 5 de la Ley 2/2010 de Protección de los Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en Proceso de Muerte**.

TESTAMENTO VITAL:

Es un sinónimo de **Declaración de Voluntad Vital Anticipada**.

INSTRUCCIONES PREVIAS:

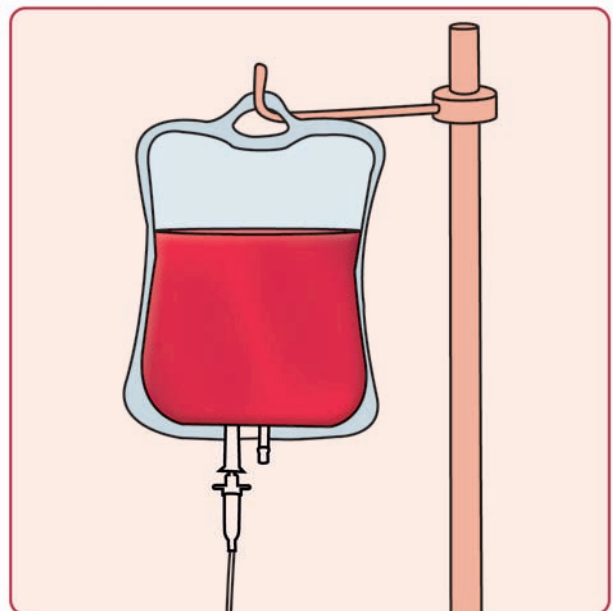
Es un sinónimo de **Declaración de Voluntad Vital Anticipada**. Es el nombre que reciben estos documentos en otras Comunidades Autónomas de España.

TRANSFUSIÓN DE SANGRE:

Se trata de proporcionar sangre completa o partes de la sangre, tales como glóbulos rojos, plaquetas o plasma, a través de una vena.

Se hace cuando la persona ha perdido sangre por una intervención quirúrgica, por un determinado tratamiento o por anemia debida a enfermedades.

Algunas personas que saben que pueden necesitar sangre durante una cirugía donan su propia sangre antes y así pueden utilizarla cuando la necesitan (**autodonación**).



ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

Cuando un/a paciente no puede ingerir **alimentos o agua** por sí mismo/a o con ayuda de otra persona se plantea la utilización de algunas **técnicas artificiales** para proporcionárselos.

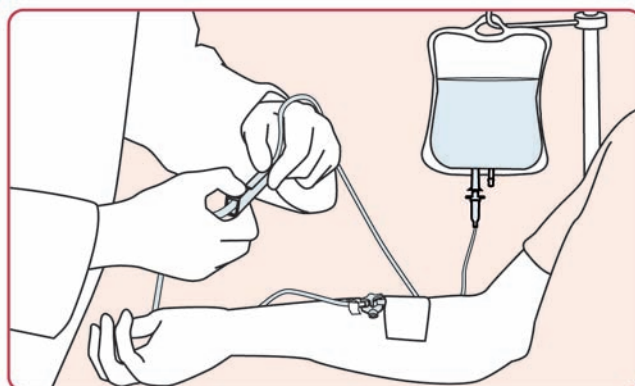
Este suministro artificial de líquidos y nutrientes es **muy importante** en pacientes agudos en situación crítica que están ingresados en Cuidados Intensivos, porque les ayuda a **recuperarse** y **evitar complicaciones**.

Sin embargo en pacientes en **situación terminal** o de agnía no está claro que resulten beneficiosos y **pueden ser incluso perjudiciales** porque sólo prolongan el proceso de muerte.

Pueden usarse **cuatro técnicas** para introducir esos alimentos y líquidos:

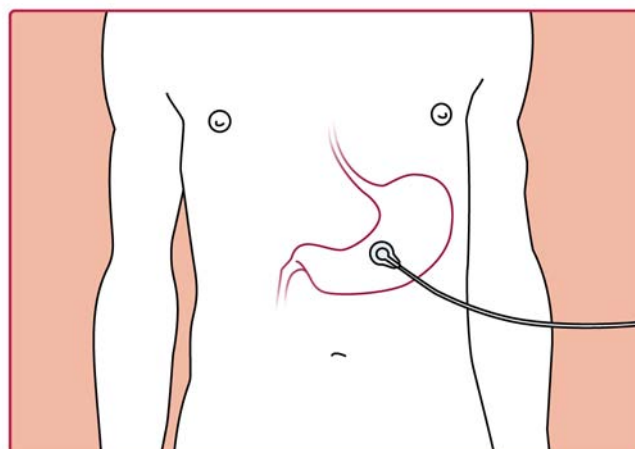
Alimentación mediante nutrición parenteral (sueros nutritivos por vía venosa):

Consiste en introducir un **suero altamente nutritivo** por una **vía venosa** especial. Es un procedimiento muy utilizado en los pacientes críticos en las Unidades de Cuidados Intensivos.



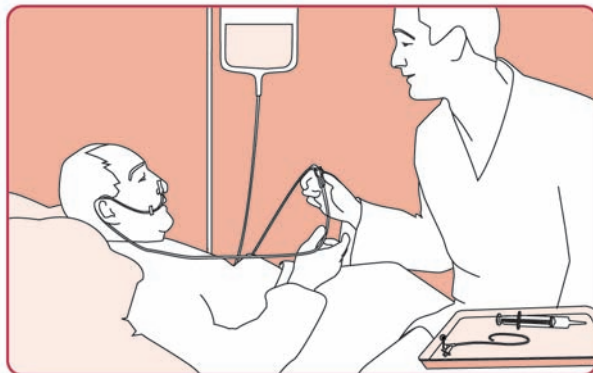
Alimentación mediante tubo de gastrostomía (tubo que se inserta directamente en el estómago):

La alimentación e hidratación se realiza mediante **papillas nutritivas** gracias a un tubo que, **a través de la piel y la pared del abdomen**, llega directamente al **estómago**. Para colocar el tubo hay que realizar una pequeña intervención quirúrgica. Este procedimiento se utiliza en pacientes con enfermedades subagudas o crónicas que incapacitan al paciente para alimentarse por sí mismo por un **tiempo prolongado o definitivo**.



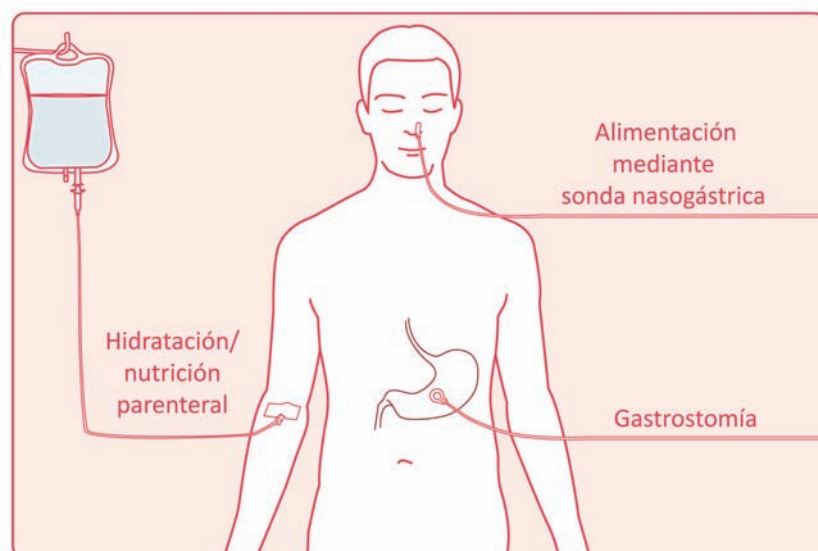
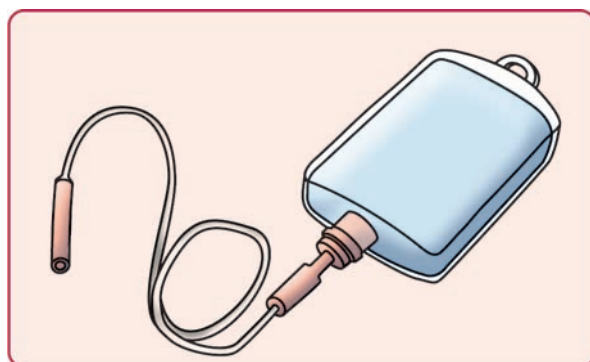
Alimentación mediante sonda nasogástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago):

El suministro de nutrientes y líquidos se realiza a través de una **sonda** que, introducida por **la nariz y la garganta** del paciente, alcance directamente el **estómago**. La colocación de la sonda puede ser difícil y resultar desagradable para el/la paciente. Es un procedimiento que, en todo caso, debe considerarse **transitorio**.



Hidratación con sueros por vía venosa:

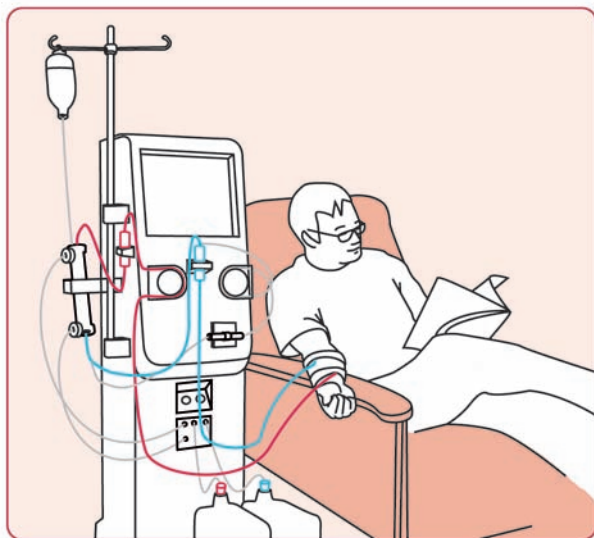
En este caso sólo se realiza una hidratación del paciente. Es decir, no se proporcionan nutrientes, **sólo líquidos**. Se realiza mediante **sueros normales** (salinos o glucosados) que se introducen por una **vía venosa** normal. Es un procedimiento totalmente **transitorio** y de efectividad limitada.



TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL:

Es un grupo de técnicas que tratan de **sustituir el trabajo de los riñones** y, a veces, también del **hígado**. Consiste en **filtrar la sangre** del paciente y así **eliminar los desechos** peligrosos del cuerpo y el exceso de sal y agua.

Entre estas técnicas se encuentran:



•La hemodiálisis (o “diálisis” sin más):

Depura y filtra la sangre haciéndola pasar por una **máquina**. La sangre limpia se devuelve al cuerpo. La hemodiálisis suele realizarse en un **centro de diálisis** tres veces por semana durante 3 ó 4 horas.



•La diálisis peritoneal:

Usa la membrana que recubre el abdomen, llamada **membrana peritoneal**, para **filtrar** la sangre. Se inyecta un líquido en el abdomen. Ese líquido recoge los desechos de la sangre. Después de algunas horas, se drena ese líquido dializado que contiene los desechos del cuerpo. Las personas pueden aprender a hacerlo **ellas mismas** sin tener que ir al centro sanitario. Las personas tratadas con diálisis peritoneal ambulatoria continua, que es la forma más común de diálisis peritoneal, realizan la técnica cuatro veces al día. También, durante la noche se puede hacer otra forma de diálisis peritoneal utilizando una máquina automática.

•Otras técnicas:

Como la **hemofiltración** o la **ultrafiltración**, suelen utilizarse en pacientes críticos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

RESPIRADOR ARTIFICIAL O VENTILACIÓN MECÁNICA:

Se trata de un **aparato para ayudar a los pulmones a funcionar**. Una máquina llamada respirador (o ventilador) suministra aire dentro de los pulmones. El respirador se conecta a un **tubo por la nariz o la boca** hasta la tráquea.

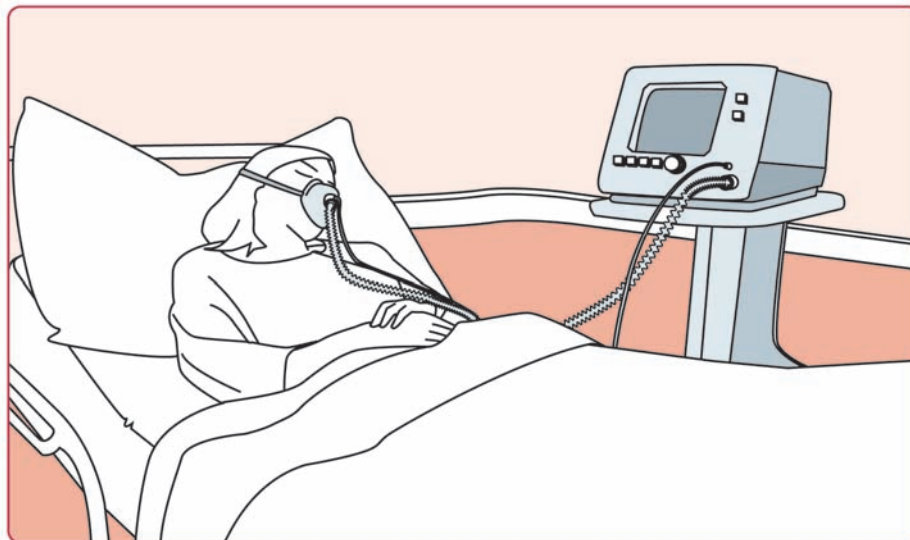
Lo más frecuente es que esta tecnología requiera el ingreso en el hospital, pero no siempre es así. En algunas situaciones las personas pueden permanecer en su casa con el respirador (ventilación domiciliar).

Se suele utilizar para ayudar a un/a paciente hasta que pueda respirar por sí mismo/a. Esto ocurre en **situaciones agudas y transitorias**, como accidentes, infartos de corazón o infecciones severas.

Pero a veces algunas personas ya no pueden volver a respirar por sí solas. Esto puede suceder en muchos tipos de **enfermedades graves**. Por ejemplo, en pacientes con enfermedades progresivas del sistema nervioso o de los músculos. En tales casos el **respirador no es curativo**. La persona acaba por depender del respirador para seguir viviendo.

Algunas personas en esta situación **pueden mantener una calidad de vida** que para ellas es suficiente o adecuada. Pero otras pueden no querer vivir conectadas a la máquina para siempre.

En **situaciones terminales** o de agonía la ventilación mecánica a menudo sólo sirve para alargar el proceso de la muerte hasta que otro sistema del cuerpo falla. Por tanto, **no aporta al paciente ningún beneficio** adicional, por lo que **no está indicada**.



REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):

Es una **secuencia de actuaciones** que realizan los/as profesionales **cuando el corazón deja de latir o el pulmón de respirar**. Tratan de **restablecer los latidos del corazón y la respiración**.

A veces consiste sólo en una **reanimación** boca a boca. Pero lo más frecuente es que además incluya:

- Dar **masajes sobre el pecho** para imitar la función del corazón. Así se intenta que la sangre siga circulando.
- **Aplicar una corriente eléctrica** para intentar que el corazón vuelva a latir (desfibrilación).
- **Suministrar fármacos** que estimulen el corazón.



Cuando se utiliza rápidamente en respuesta a una parada súbita como un ataque al corazón, un accidente o en caso de ahogamiento, la RCP **puede salvar vidas**. Sin embargo **no está indicada en personas con una enfermedad terminal** o en proceso de agonía.

SEDACIÓN PALIATIVA:

Consiste en la **administración de fármacos**, en las dosis y combinaciones requeridas, para **reducir la conciencia** de un/a paciente en situación terminal tanto como sea preciso, para **aliviar** adecuadamente uno o varios síntomas refractarios que le producen sufrimiento, como por ejemplo **dolor** intratable o intensa **dificultad para respirar**.

Este tratamiento **puede acortar el tiempo de vida**, circunstancia que es importante que tanto usted como sus familiares conozcan.

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO:

Situación en la que las personas **carecen de entendimiento y voluntad** suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

Por ejemplo, un/a paciente **inconsciente, en coma o dormido/a con anestesia general**.

VALORES VITALES:

Conjunto de **ideales y creencias** de una persona que dan sentido a su **proyecto de vida** y que respaldan sus **decisiones y preferencias en los procesos de salud**, enfermedad y muerte.



MEDIDA DE SOPORTE VITAL:

Intervención, técnica o procedimiento sanitario para **mantener, restaurar o suplantar** una **función vital**, y **prolongar así la vida** de un/a paciente. Por ejemplo, se sustituye la respiración normal mediante un respirador artificial. Estas medidas reemplazan o apoyan la función vital que falla. A veces proporcionan el tiempo necesario para la recuperación de una persona con condición tratable o curable, pero las medidas de soporte vital **no curan la enfermedad**.

Pero a veces, el cuerpo nunca vuelve a recuperar su función sin la medida de soporte vital. La enfermedad avanza y la **recuperación es cada vez más difícil**. En esas situaciones estas medidas dejan de tener sentido, porque no ayudan a la curación de la persona. Es entonces cuando se plantea la **posibilidad de no utilizarlas**, de retirarlas.

SITUACIÓN TERMINAL:

Presencia de una **enfermedad avanzada, incurable y progresiva**, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un **pronóstico de vida limitado** y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una **asistencia paliativa específica**.

CUIDADOS PALIATIVOS:

Conjunto coordinado de **intervenciones sanitarias dirigidas**, desde un enfoque integral, **a la mejora de la calidad de vida** de pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la **prevención** y el **alivio** del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.

SÍNTOMA REFRACTARIO:

Síntoma que **no responde al tratamiento adecuado** y para ser controlado se necesita **reducir la conciencia** de los/as pacientes mediante **sedación paliativa**.

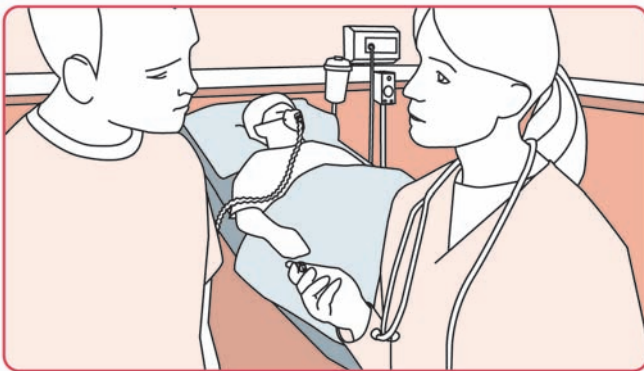
SITUACIÓN DE AGONÍA:

Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un **deterioro físico grave**, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y **pronóstico vital de pocos días**.

ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE:

Una forma de **coma irreversible** en la que el/a paciente, aunque está vivo/a, **no está consciente**.

Es **incapaz de comunicarse** con su entorno o con otras personas. Es irreversible porque estas personas nunca vuelven a recuperar su estado anterior. Suele ser causado por una enfermedad grave del cerebro, que sólo deja que funcione una pequeña parte del mismo. A veces el/la paciente puede abrir los ojos, o mover los brazos o piernas pero son movimientos involuntarios, nunca conscientes.



Las personas en este estado pueden vivir varios años en esta situación de inconsciencia total e irreversible. Suelen necesitar ser alimentadas o hidratadas de forma artificial. A veces también necesitan respiración artificial.

MUERTE CEREBRAL:

Situación clínica en la que el/la paciente **pierde para siempre todas las funciones del cerebro**, las voluntarias e involuntarias. Aunque el corazón pueda seguir latiendo de manera automática durante un tiempo o con ayuda de aparatos o medicación, lo cierto es que ya se ha producido una **auténtica situación de muerte**. Es en ella cuando se plantea la posibilidad de extraer los órganos del paciente muerto/a.

Más información sobre las Voluntades Vitales Anticipadas

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS?

Salud Responde



Portal de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía



<https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>



LEGISLACIÓN REGULADORA DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS

En España

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

BOE 274 de 15/11/2002.

REAL DECRETO 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

BOE 40 de 15/02/2007.

Más información en el [Portal del Boletín Oficial del Estado](#):



<http://www.boe.es/>

En Andalucía

LEY 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada.

BOJA 210 de 31/10/2003 (algunos artículos modificados por la Ley 2/2010).

LEY ORGÁNICA 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

BOE 68 de 20/03/2007.

LEY 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte. BOJA 88 de 07/05/2010.

DECRETO 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. BOJA 59 de 26/03/2012

Más información en el Portal del [Boletín Oficial de la Junta de Andalucía](#)



<http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/>

Espacio para Anotaciones

Anote aquí las CUESTIONES que desee tratar con los/las PROFESIONALES SANITARIOS sobre su Voluntad Vital Anticipada



Anote aquí las CUESTIONES que desee tratar con su REPRESENTANTE/S sobre su Voluntad Vital Anticipada



Anote aquí las PREGUNTAS que desee hacerle a la PERSONA ENCARGADA DEL REGISTRO sobre su Voluntad Vital Anticipada

