

Órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

Este es un formulario de órdenes médicas para tratamientos de soporte vital. Un profesional de atención médica debe completar el formulario MOLST en función del estado de salud actual del paciente, sus valores y sus deseos. Si el paciente no puede tomar decisiones médicas, las órdenes deben reflejar los deseos del paciente, según lo que comprenda el representante de atención médica o la persona sustituta. El profesional de atención médica que emite las órdenes médicas debe firmar el formulario MOLST. Todos los profesionales de atención médica deben respetar estas órdenes médicas cuando se traslade al paciente de un lugar a otro, a menos que un profesional de atención médica examine al paciente, revise las órdenes y deje sin efecto este formulario. Las instrucciones generales para completar el formulario MOLST se encuentran en la página 4 de este documento.

El formulario MOLST está destinado, por lo general, a pacientes con afecciones graves. El paciente u otra persona encargada de tomar decisiones debe trabajar junto con el médico, el profesional de enfermería especializado o el auxiliar médico que emitirá las órdenes, y considerar pedirle que complete un formulario MOLST si el paciente:

- Desea evitar o recibir alguno o todos los tratamientos de soporte vital.
- Reside en un centro de cuidados a largo plazo o necesita servicios de atención a largo plazo.
- Podría morir durante el próximo año.

Si el paciente tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo (intellectual or developmental disability, I/DD) y carece de capacidad para tomar decisiones, un médico (no un profesional de enfermería especializado ni un auxiliar médico) debe emitir las órdenes. El médico debe seguir procedimientos especiales y adjuntar la lista de control de los requisitos legales de la Oficina para Personas con Discapacidad de Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD), una vez completada, antes de firmar el formulario MOLST. Un asterisco (*) en este formulario significa:

* Si esta decisión corresponde a un paciente adulto o menor de edad con una discapacidad intelectual o de desarrollo (I/DD), consulte las instrucciones de la página 4 antes de continuar.

ÓRDENES MÉDICAS DE NO REANIMAR (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) Y DE NO INTUBAR (DO-NOT-INTUBATE, DNI)

SECCIÓN A Información del paciente

APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

DIRECCIÓN/CIUDAD/ESTADO/ZIP

NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NÚMERO eMOLST, si corresponde (ESTE NO ES UN FORMULARIO eMOLST)

Marque todas las directivas anticipadas que sepa que se completaron

- ☐ Poder de representación para la atención médica ☐ Testamento vital ☐ Donación de órganos ☐ Documentación de una directiva anticipada oral

SECCIÓN B Órdenes de reanimación cuando el paciente no tiene pulso o no respira

Marcar una:

- ☐ Orden de CPR: intentar reanimación cardiopulmonar (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)
☐ Orden de DNR: no intentar reanimación (permitir muerte natural)

SECCIÓN C Órdenes de intubación para tratamientos de soporte vital cuando el paciente tiene pulso y respira

Soporte respiratorio: ventilación no invasiva o intubación y ventilación mecánica

Marcar una: ☐ Intubación y ventilación mecánica a largo plazo, que puede incluir una traqueostomía

- ☐ Un período de prueba de intubación o ventilación mecánica*
☐ No intubar (DNI): utilizar únicamente ventilación no invasiva
☐ No intubar (DNI) y no utilizar ventilación no invasiva ni ventilación mecánica

SECCIÓN D Consentimiento para las secciones B y C

FIRMA DE LA PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES

- ☐ Solo para consentimiento verbal; deje la línea de firma en blanco
☐ Para consentimiento por escrito, firme arriba

Quién es la persona que toma las decisiones

- ☐ Paciente ☐ Representante de atención médica ☐ Sustituto de un adulto conforme a la FHCDA
☐ Sustituto de un menor conforme a la FHCDA ☐ Sustituto de un adulto o menor con una I/DD conforme a §1750-b

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES

FECHA/HORA DEL CONSENTIMIENTO

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PRIMER TESTIGO*

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL SEGUNDO TESTIGO

SECCIÓN E Firma del médico, profesional de enfermería especializado o auxiliar médico para las secciones B y C

Si el consentimiento en la sección D fue otorgado por una persona sustituta conforme a §1750-b para una persona con una discapacidad intelectual o de desarrollo (I/DD), solo un médico puede firmar esta sección y únicamente después de completar y adjuntar la lista de control de los requisitos legales para personas con I/DD (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) de la OPWDD para el formulario MOLST.

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

NÚMERO DE LICENCIA

FECHA/HORA

* Si esta decisión corresponde a un paciente adulto o menor de edad con una discapacidad intelectual o de desarrollo (I/DD), consulte las instrucciones de la página 4.

Nombre del paciente

OTRAS ÓRDENES MÉDICAS PARA TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

SECCIÓN F

Órdenes adicionales para tratamientos de soporte vital

PAUTAS DEL TRATAMIENTO

Marcar una:

- ☐ Sin limitaciones en las intervenciones médicas
- ☐ Intervenciones médicas limitadas, solo según se describe a continuación
- ☐ Solo medidas de alivio. Proporcionar atención y tratamiento médicos con el objetivo principal de aliviar el dolor y otros síntomas

HOSPITALIZACIÓN/TRASLADO FUTUROS (MARQUE UNA OPCIÓN)

- ☐ Enviar al hospital cuando sea médicamente necesario
- ☐ No enviar al hospital, a menos que el dolor o los síntomas graves no puedan controlarse de otro modo

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ADMINISTRADAS ARTIFICIALMENTE

SONDA DE ALIMENTACIÓN

- Marcar una:
- ☐ Sonda de alimentación a largo plazo
 - ☐ Determinar el uso o las limitaciones si fuera necesario*
 - ☐ No utilizar sonda de alimentación

LÍQUIDOS INTRAVENOSOS

- Marque una:
- ☐ Líquidos intravenosos
 - ☐ Determinar el uso o las limitaciones según sea necesario*
 - ☐ No administrar líquidos intravenosos

ANTIBIÓTICOS

- Marcar una:
- ☐ Utilizar antibióticos para tratar infecciones
 - ☐ Determinar el uso o las limitaciones de los antibióticos cuando se produzca una infección*
 - ☐ No utilizar antibióticos

DIÁLISIS

- Marcar una:
- ☐ Utilizar diálisis para tratar la insuficiencia renal
 - ☐ Determinar el uso o las limitaciones si se produce una insuficiencia renal*
 - ☐ No utilizar diálisis

OTRAS ÓRDENES E INSTRUCCIONES MÉDICAS (solo según lo conversado con el médico, el profesional de enfermería especializado o el auxiliar médico. Puede incluir instrucciones y objetivos para períodos de prueba*. Si no se analiza ningún otro aspecto, escriba NINGUNA).

SECCIÓN G

Consentimiento para la sección F

FIRMA DE LA PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES

- ☐ Solo para consentimiento verbal; deje la línea de firma en blanco
- ☐ Para consentimiento por escrito, firme arriba

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES

FECHA/HORA DEL CONSENTIMIENTO

Quién es la persona que toma las decisiones

- ☐ Paciente
- ☐ Representante de atención médica
- ☐ Sustituto de un adulto conforme a la FHCDA
- ☐ Sustituto de un menor conforme a la FHCDA
- ☐ Sustituto de un adulto o menor con una I/DD conforme a §1750-b

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PRIMER TESTIGO*

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL SEGUNDO TESTIGO

SECCIÓN H

Firma del médico, profesional de enfermería especializado o auxiliar médico para la sección F

Si el consentimiento en la sección G fue otorgado por una persona sustituta conforme a §1750-b para una persona con una discapacidad intelectual o de desarrollo (I/DD), solo un médico puede firmar esta sección y únicamente después de completar y adjuntar la lista de control de los requisitos legales para personas con I/DD de la OPWDD para el formulario MOLST.

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

NÚMERO DE LICENCIA

FECHA/HORA

* Si esta decisión corresponde a un paciente adulto o menor de edad con una discapacidad intelectual o de desarrollo (I/DD), consulte las instrucciones de la página 4.

Nombre del paciente

SECCIÓN I

Revisión y renovación

Un médico, profesional de enfermería especializado o auxiliar médico* debe revisar este formulario MOLST al menos cada 90 días para determinar si es adecuado en función del estado de salud del paciente. El formulario MOLST también debe revisarse si se traslada al paciente de un lugar a otro para que reciba atención, si el paciente presenta un cambio importante en su estado de salud (para mejor o para peor), o si el paciente u otra persona encargada de tomar decisiones que se haya indicado en la sección D cambia de opinión. En cada revisión, el médico, profesional de enfermería especializado o auxiliar médico* debe indicar si no hay cambios o si el formulario queda anulado. El profesional de la salud a cargo debe anular el formulario si el paciente u otra persona encargada de tomar decisiones que se haya indicado en la sección D retira su consentimiento para una decisión indicada en el formulario MOLST o si el paciente se opone a dicha decisión.

Incluso si el formulario MOLST no se revisa ni se renueva dentro de los 90 días, el último formulario MOLST completado sigue siendo válido y debe respetarse.

Si el paciente tenía capacidad para tomar decisiones cuando otorgó su consentimiento para una decisión de no iniciar o de retirar un tratamiento de soporte vital, un representante de atención médica o una persona sustituta no puede modificar la decisión que el paciente ya tomó. Si un representante de atención médica o una persona sustituta otorgó su consentimiento para este formulario MOLST, puede seguir tomando decisiones de no iniciar o de retirar tratamientos de soporte vital en función del estado de salud actual del paciente.

Fecha/hora	Nombre en letra de imprenta del revisor y firma	Lugar de la revisión	Resultado de la revisión
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario
			☐ Sin cambios ☐ Formulario anulado; se completó un nuevo formulario ☐ Formulario anulado; no se completó un nuevo formulario

* Si esta decisión corresponde a un paciente adulto o menor de edad con una discapacidad intelectual o de desarrollo (I/DD), consulte las instrucciones de la página 4 antes de continuar.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO MOLST

Además del formulario MOLST, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health) y la OPWDD han elaborado listas de control de los requisitos legales e instrucciones para ayudar a completar correctamente el formulario MOLST. Las listas de control tienen por objeto ayudar a los profesionales de la salud a cumplir con los requisitos éticos y legales relacionados con las decisiones sobre tratamientos de soporte vital para todos los pacientes.

Las leyes que rigen el proceso de toma de decisiones para pacientes adultos y menores de edad que, según se determine, carecen de capacidad para tomar decisiones relacionadas con el formulario MOLST son la Ley de Poderes de Representación para la Atención Médica (Health Care Proxy Law), la Ley de Salud Pública (Public Health Law, PHL), artículo 29-C; la Ley de Decisiones sobre la Atención Médica Familiar (Family Health Care Decisions Act, FHCA), artículos 29-CC y 29-CCC de la PHL; y la Ley de Procedimientos del Tribunal Sucesorio (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), sección 1750-b. Se recomienda utilizar las listas de control del Departamento de Salud del Estado (aunque no es obligatorio) para facilitar el cumplimiento adecuado de los requisitos legales establecidos por las leyes del Estado de Nueva York para pacientes de cualquier edad. Es obligatorio completar la lista de control de la OPWDD antes de completar el formulario MOLST para cualquier adulto o menor de edad con una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD) que carezca de capacidad para tomar decisiones médicas y no tenga un representante de atención médica. Todos los testigos deben observar personalmente la prestación del consentimiento, ya sea que este se otorgue verbalmente o por escrito.

Las instrucciones del Departamento de Salud del Estado y las listas de control de los requisitos legales para pacientes adultos se encuentran en: www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/.

Pacientes adultos

Para los pacientes adultos, existen cinco listas de control diferentes del Departamento de Salud del Estado. La lista de control correcta debe seleccionarse según la capacidad del paciente para tomar decisiones y el entorno en el que se encuentre.

- **Lista de control n.º 1:** pacientes adultos con capacidad para tomar decisiones médicas, en cualquier entorno.
- **Lista de control n.º 2:** pacientes adultos sin capacidad para tomar decisiones médicas que cuentan con un representante de atención médica, en cualquier entorno.
- **Lista de control n.º 3:** pacientes adultos hospitalizados, que reciben cuidados de hospicio o que viven en hogares para ancianos, sin capacidad para tomar decisiones médicas, que no cuentan con un representante de atención médica y cuyo responsable de tomar decisiones es una persona sustituta conforme a la FHCA.
- **Lista de control n.º 4:** pacientes adultos hospitalizados, que reciben cuidados de hospicio o que viven en hogares para ancianos, sin capacidad para tomar decisiones médicas, que no cuentan con un representante de atención médica y para quienes no se dispone de ninguna persona sustituta conforme a la FHCA de la lista.
- **Lista de control n.º 5:** pacientes adultos de la comunidad sin capacidad para tomar decisiones médicas que no cuentan con un representante de atención médica.

Pacientes menores de edad que cuentan con una persona sustituta conforme a la FHCA

- **Lista de control n.º 6:** para pacientes menores de edad: pacientes menores de edad para quienes las decisiones se toman conforme a la FHCA.

*INSTRUCCIONES SI LAS ÓRDENES MÉDICAS CORRESPONDEN A UN PACIENTE ADULTO O MENOR DE EDAD CON UNA DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DE DESARROLLO (I/DD)

La lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST es OBLIGATORIA para los pacientes de cualquier edad con una I/DD que carezcan de capacidad para tomar decisiones y no tengan un representante de atención médica, independientemente de su entorno residencial. En el caso de un paciente con una I/DD, la lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST, una vez completada, debe permanecer adjunta al formulario MOLST en papel/impreso para que este sea válido.

La ley que rige el proceso de toma de decisiones difiere para los adultos y los menores de edad con una I/DD. Debe seguirse la sección 1750-b de la Ley de Procedimientos del Tribunal Sucesorio (SCPA) al tomar una decisión respecto de un adulto o menor de edad con una I/DD si se ha determinado que carece de capacidad para tomar decisiones y no tiene un representante de atención médica.

- Las secciones E y H de este formulario solo pueden ser firmadas por un médico, no por un profesional de enfermería especializado ni por un auxiliar médico.
- En las secciones D y G de este formulario, uno de los testigos debe ser el médico tratante de la persona.
- Las revisiones de la sección I de este formulario solo pueden ser realizadas por un médico, no por un profesional de enfermería especializado ni por un auxiliar médico.
- Antes de completar un formulario MOLST, es obligatorio completar la lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST para personas con una I/DD, incluida la notificación a determinadas partes y la resolución de cualquier objeción.
- Tanto la lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST para personas con una I/DD como el proceso establecido en la sección 1750-b de la SCPA se aplican a los pacientes adultos y menores de edad con una I/DD, independientemente de su edad o entorno residencial.
- Las decisiones de no iniciar o de retirar un tratamiento de soporte vital (life sustaining treatment, LST) para un paciente adulto o menor de edad con una I/DD deben indicarse y describirse específicamente en el paso 2 de la lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST para personas con una I/DD, y solo después de que la persona sustituta haya conversado con el médico tratante de la persona sobre su afección médica, las posibles opciones de tratamiento y los objetivos de la atención. La sección 1750-b de la SCPA también exige que dos médicos determinen que la afección del paciente cumple criterios médicos específicos en el momento en que se solicita no iniciar o retirar el tratamiento, incluido que la administración del tratamiento de soporte vital supondría una carga extraordinaria para la persona. Estos requisitos se incluyen en el paso 4 de la lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST para personas con una I/DD. La afección del paciente, a efectos de una solicitud de no iniciar o de retirar un LST, nunca debe incluir consideraciones relacionadas con su discapacidad intelectual o de desarrollo.
- **Períodos de prueba para un paciente adulto o menor de edad con una I/DD:** La necesidad o no de una nueva lista de control después de un período de prueba no satisfactorio del LST depende de los parámetros del período de prueba, según se especifica en el paso 2 de la lista de control de los requisitos legales de la OPWDD para el formulario MOLST para personas con una I/DD. Si el período de prueba no tiene una duración definida y, posteriormente, la persona sustituta autorizada decide solicitar el retiro del LST, se requiere una nueva lista de control.
- Si el paciente reside en un centro de la OPWDD o fue trasladado desde uno, existen requisitos adicionales de testigos para el otorgamiento de un poder de representación para la atención médica.

Las instrucciones completas y las listas de control de los requisitos legales para pacientes adultos y menores de edad con discapacidades intelectuales o de desarrollo se encuentran en: www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions.