



# DKs

Nombre y apellidos:

DNI:

Fecha nacimiento:

Teléfono:

Dirección:

## DESEOS KAYRÓS. Planes compartidos que ayudan

Existen muchas cosas en la vida que están fuera de nuestro control. Usted ha comenzado un proceso de planificación de su asistencia sanitaria que pretende precisamente ayudarle a controlar algunas cosas realmente importantes que no deberían estar “fuera de control” cuando usted se encuentre en una situación grave. Parte de este proceso de planificación requiere que registremos y documentemos sus deseos. Los DESEOS KAYRÓS (DKs) aspiran a ayudarle a saber lo que quiere, a expresarlo y compartirlo con los que le cuidan o cuidarán. De este modo servirá también para que, en el sistema de salud, sepamos qué cosas son las que le importan en esos momentos de dificultad y acordar las decisiones para su cuidado acordes con ellas. Se inspiran en la experiencia de otras personas en situaciones semejantes<sup>1</sup>.

### ¿En qué consisten los “DESEOS KAYRÓS”?

DKs es un documento que pretende registrar sus necesidades y deseos personales, emocionales o espirituales en relación con sus cuidados y atención sanitaria, sobre todo, en caso de encontrarse seriamente enfermo. El término legal utilizado en la Región de Murcia para estos documentos es el de “instrucciones previas”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> DESEOS-KAYRÓS está pensado para promover la comunicación de cara a afrontar enfermedades crónicas avanzadas o graves y el final de la vida en España. Se inspira en el documento de instrucciones previas “*Five Wishes*” (© 2014 *Aging with Dignity*. Todos los derechos reservados), traducido a 26 idiomas, incluido el español, pero en versión destinada al contexto social y legislativo de EE.UU. Partes de “*Five Wishes*” han sido utilizadas en DESEOS-KAYRÓS con permiso de *Aging with Dignity* (<http://www.agingwithdignity.org>).

<sup>2</sup> En otras partes de España se habla de “voluntades anticipadas”, “voluntades vitales anticipadas”, “voluntades previas”, etc. También se emplea la expresión coloquial “testamento vital”.

## ¿Cómo pueden ayudarle a usted y a sus familiares los DESEOS KAYRÓS?

- Los DKs son una parte más del proceso de planificación de su asistencia que ya ha iniciado con “KAYRÓS - Conversaciones que ayudan”. Van a permitir registrar sus deseos acerca de cómo quiere ser tratado en caso de encontrarse seriamente enfermo para que esta información llegue a los profesionales que le atienden.
- El registro de sus deseos en los DKs ayudará a sus familiares a saber qué quiere y, probablemente, les quitará angustia y preocupación a la hora de tomar decisiones en esas circunstancias ya que tendrán la tranquilidad de estar respetando sus deseos.
- Los DKs le permitirán hablar con sus seres queridos de asuntos realmente importantes pero difíciles de compartir. Esto, probablemente, será beneficioso, tanto para usted como para sus familiares y amigos, que en muchas ocasiones pueden no saber cómo ayudarle.

## ¿Quién puede completar los DESEOS KAYRÓS?

Los DKs pueden ser completados por cualquier persona mayor de 18 años y competente para tomar decisiones. Su validez legal está sustentada en el Decreto nº 80/2005 de 8 de julio por el que se regulan, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia<sup>3</sup>, las instrucciones previas y su registro que, a su vez, desarrolla lo establecido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materias de información y documentación clínica.

## ¿Se pueden cambiar los DESEOS KAYRÓS?

Los DKs pueden ser revocados o cambiados en cualquier momento que usted lo desee. Para ello no tiene más que decirlo y, si lo desea, volver a completar y registrar un nuevo documento DKs. También se puede actualizar incorporando adendas complementarias fechadas. No olvide hablar sobre estos deseos con sus seres queridos, especialmente, con la persona que designe como representante, tantas veces como sea necesario, según evolucionen las circunstancias.

---

<sup>3</sup> Para ver la relación de registros autonómicos de cada CC.AA. consultar el Registro Nacional de Instrucciones Previas en <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>

## **DK Nº 1 MI ELECCIÓN DE LA PERSONA QUE QUIERO ME REPRESENTE EN CASO DE NO PODER DECIDIR POR MI MISMO**

Si yo no soy capaz de tomar decisiones, este documento va a señalar a la persona que lo hará por mí. Esta persona será mi **representante para las decisiones de salud** en caso de no poder expresarme yo y es el responsable de que mis deseos sean respetados en esas circunstancias.

**La persona que yo escojo para que me represente en caso de encontrarme en una situación de incapacidad es:**

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono de contacto:

Dirección:

**Representante de segunda opción: (en caso de no localizar al anterior)**

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono de contacto:

Dirección:

**Comuníqueme esta selección a los elegidos y empieza a conversar con ellos**

**Comprendo que mi representante va a tomar decisiones por mí en relación con mi atención sanitaria. Deseo que mi representante tome una o varias de las siguientes decisiones (por favor, tache lo que no quiera):**

- Se ciña lo más posible a las instrucciones que yo estoy dejando por escrito.
- Interprete con su mejor y más leal saber y entender cualquier instrucción o deseo dejado por mí, de manera escrita o a través de alguna conversación, en relación con mis cuidados.
- En la medida de lo posible trate de promover una decisión que respete mis valores, de los que es mi portavoz si yo no me puedo comunicar, y pueda ser explicada a todos mis seres queridos.
- Decida por mí, valorando las circunstancias, respecto las atenciones poco agresivas como analíticas, pruebas diagnósticas o tratamientos médicos
- Decida por mí, una vez valoradas las circunstancias, respecto a medidas más agresivas como ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos o tratamientos invasivos, incluyendo la hidratación o la nutrición artificial.
- Decida por mí, una vez valoradas las circunstancias, retirar o no iniciar tratamientos, aunque ello pueda suponer un acortamiento de mi supervivencia.
- Decida por mí, una vez valoradas las circunstancias, respecto a iniciar o no maniobras de reanimación cardiopulmonar.
- Decida por mí, una vez valoradas las circunstancias, la intensidad del tratamiento paliativo, incluyendo la sedación terminal si fuera necesaria para paliar mis síntomas.
- (Escriba a continuación cualquier otra cosa que desee):

**No olvide mantener conversaciones sobre estos temas, especialmente con su representante.**

## **DK Nº 2: MIS DESEOS EN RELACIÓN CON LOS TIPOS DE TRATAMIENTO QUE QUIERO O NO QUIERO**

Yo creo que mi vida es preciosa y quiero que mi tratamiento respete mi dignidad. Una vez que me encuentre muy enfermo y no sea capaz de expresarme por mí mismo, deseo que se respeten los siguientes deseos y cualquier directriz que haya dado a mi representante.

**Si usted es el profesional sanitario responsable de mis cuidados usted debe tener en cuenta (por favor, tache lo que no quiera):**

- No quiero tener dolor. Deseo que se me administre el tratamiento analgésico necesario para no sufrir dolor aunque ello suponga que me encuentre más adormilado o duerma más de lo que lo haría sin dicho tratamiento.
- No quiero que se omita o retire ninguna medida con la intención de causarme la muerte.
- Deseo que se me ofrezca comida o bebida por boca y se me mantenga limpio y confortable.
- (Escriba a continuación cualquier otra cosa que desee):

**Si usted es el profesional responsable de mis cuidados debe saber qué tratamientos considero de son para mantener la vida (de soporte vital):**

Para mí, “tratamientos para mantener la vida” significa cualquier procedimiento médico que me mantenga con vida e incluye (táchese aquello que no refleje sus convicciones):

- tecnología que me ayude a respirar;
- alimentos o líquidos administrados mediante tubos;
- maniobras de reanimación cardiopulmonar;
- procedimientos de cirugía mayor;
- trasfusión sanguínea;
- diálisis;
- antibióticos;
- cualquier otro procedimiento que mantenga mi vida “artificialmente”.
- (si alguno de los tratamientos enumerados le parece que no puede ser retirado o no iniciado en ninguna circunstancia en función de sus convicciones o creencias escríbalo a continuación para que quede muy claro lo que desea y en qué condiciones):

**Recuerde la conveniencia de hablar sobre esto temas, especialmente con su representante para las decisiones de salud.**

A continuación voy a enumerar una serie de medidas que quiero o bien no quiero que se administren en relación con tres situaciones clínicas distintas<sup>4</sup>

**A) Si estoy muy cerca de la muerte (agonía) y no es esperable mi recuperación (subraye lo que desee):**

- Quiero todas las medidas para mantener la vida.
- No quiero ninguna medida para mantener la vida. Si alguna se ha iniciado, deseo que sea retirada.
- Deseo medidas para mantener la vida si mi médico opina que me pueden ayudar. Pero si no me ayudan, por ejemplo, tras un tratamiento de prueba, deseo que esas medidas sean retiradas.

**B) Si me encuentro en coma o con una alteración grave de mi conciencia (por ejemplo, soy capaz de abrir los ojos pero no puedo hablar o entender) y no es esperable la recuperación (subraye lo que desee):**

- Quiero todas las medidas para mantener la vida.
- No quiero ninguna medida para mantener la vida. Si alguna se ha iniciado, deseo que sea retirada.
- Deseo medidas para mantener la vida si mi médico opina que me pueden ayudar. Pero si no me ayudan, por ejemplo, tras un tratamiento de prueba, deseo que esas medidas sean retiradas.

---

<sup>4</sup> Puede obtener el documento Declaración de Preferencias de Tratamiento - KAYRÓS (DPT-K) para tomar conciencia de si usted y su representante entienden las cosas del mismo modo.

**C) Si me encuentro en una situación de dependencia física permanente o con síntomas físicos o psicológicos intensos, y no es esperable mi recuperación (subraye lo que desee):**

- Quiero todas las medidas para mantener la vida.
- No quiero ninguna medida para mantener la vida. Si alguna se ha iniciado, deseo que sea retirada.
- Deseo medidas para mantener la vida si mi médico opina que me pueden ayudar. Pero si no me ayudan, por ejemplo, tras un tratamiento de prueba, deseo que esas medidas sean retiradas.

**Anote cualquier especificación que desee en relación a éstas u otras situaciones:**

kayrós

conversaciones que ayudan

## **DK Nº3: MIS DESEOS EN RELACIÓN CON EL GRADO DE COMODIDAD QUE ME GUSTARÍA TENER (CUIDADOS DE CONFORT)**

### **(tache lo que no desee)**

- No quiero tener dolor. Deseo que se me administre el tratamiento analgésico necesario para no sufrir dolor aunque ello suponga que me encuentre más adormilado o duerma más de lo que lo haría sin dicho tratamiento.
- Si muestro síntomas de depresión, náuseas, fatiga o alucinaciones deseo que se haga todo lo posible para aliviar mis síntomas.
- Deseo que se me alivie con medidas físicas si padezco alta temperatura (ponerme paños de agua fría, hidratarme, etc.).
- Deseo que se mantenga mis labios y mi boca humedecidos, evitando su sequedad excesiva.
- Deseo ser bañado con la frecuencia necesaria para tener la sensación de encontrarme fresco/a o limpio/a la mayoría del tiempo.
- Deseo que mi piel esté bien hidratada y cuidada.
- Deseo que se mantenga el cuidado de mi pelo, uñas y dientes todo lo que sea posible.
- (escriba a continuación cualquier otra medida de cuidado que desee):

## DK Nº 4: MIS DESEOS EN RELACIÓN CON CÓMO QUIERO QUE ME TRATEN

### (tache lo que no proceda)

- Deseo que mis seres queridos estén conmigo todo el tiempo posible, sobre todo si mi muerte se encuentra muy cerca.
- Deseo que se tome mi mano y me hablen aunque parezca que no escucho sus voces.
- Deseo que se me trate con amabilidad y ánimo, no con tristeza.
- Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación.
- Deseo que otras personas, si así lo desean, puedan rezar por mí, a mi lado.
- Deseo morir en mi hogar siempre y cuando sea posible.
- Escriba cualquier otro deseo que crea oportuno clarificar o reflejar a partir de las “conversaciones KAYRÓS” que haya podido mantener, especialmente con su representante para las decisiones de salud y otros seres queridos:

conversaciones que ayudan

## DK N° 5: LO QUE QUIERO QUE MIS SERES QUERIDOS SEPAN

### (tache lo que no proceda)

- Deseo que mi familia y amigos sepan que los quiero.
- Deseo que mi familia, amigos y otras personas me perdonen las veces que los he ofendido.
- Deseo que mi familia, amigos y otras personas sepan que les perdono las veces que me han ofendido.
- Deseo que mi familia y amigos sepan que no le temo a la muerte y que para mí no significa el final sino un nuevo comienzo.
- Deseo que los miembros de mi familia se reconcilien entre sí, antes de mi muerte, si es posible.
- Deseo que mi familia y amigos me recuerden como yo era antes de enfermar gravemente y que así me recuerden después de mi muerte.
- Deseo que mi familia y amigos me proporcionen cuidados siguiendo mis instrucciones, aunque no estén de acuerdo con ello.
- Deseo que mi familia y amigos vean en mi muerte un momento de crecimiento personal para todos, incluso para mí. Esto le dará un sentido especial a los últimos días de mi vida.
- Deseo que mi familia y amigos busquen ayuda si tienen dificultad para aceptar mi muerte. Deseo que el recuerdo de mi vida les traiga alegría y no tristeza.

## OTROS DESEOS IMPORTANTES

### (tache lo que no proceda)

- Después de mi fallecimiento deseo que mi cuerpo sea enterrado o incinerado o donado a la ciencia (marque con un círculo lo que corresponda)
- Deseo donar mis órganos para trasplantes.
- Deseo donar mi cerebro para investigaciones en neurociencias.
- Deseo que se realice autopsia si los médicos lo solicitan
- Anote cualquier otro deseo:

kayrós  
conversaciones que ayudan

## FIRMA DE LOS DESEOS KAYRÓS

Según la legislación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia<sup>5</sup>, las instrucciones previas deben ser firmadas en presencia de tres testigos

Yo, \_\_\_\_\_ pido que mi familia, mis amigos y los profesionales sanitarios que me atiendan respeten mis deseos según los he expresado en este documento y tal y como se los he comunicado a mi **representante para las decisiones de salud** designado en este documento, que es la única persona autorizada para interpretar estos deseos y adaptarlos a las circunstancias. Este documento es válido solo cuando yo no pueda expresar mis deseos por mí mismo/a.

FIRMA (con fecha y lugar)

*Los Dks están pensados para ayudarle a planificar sus cuidados y las decisiones asociadas a los mismos. No pretenden ser un consejo legal. No aspiran a responder todas las preguntas sobre cualquier asunto que pudiera surgir. Cada persona y cada situación son distintas. Las leyes pueden cambiar eventualmente. Si tiene preguntas o problemas específicos pida consejo a un profesional sanitario o legal. No deje de comunicarse con sus seres queridos sobre lo que le importa. No deje de tener conversaciones que le ayuden.*

<sup>5</sup> Para ver la legislación autonómica aplicable y los registros autonómicos se puede consultar el siguiente documento descargable de la página del Registro Nacional de Instrucciones Previas en <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/rnip/doc/Instrucciones.pdf>

EN ESTAS INSTANCIAS AUTONÓMICAS PUEDE VALIDARSE ESTE DOCUMENTO COMO "INSTRUCCIÓN PREVIA" OFICIAL REGISTRADA PARA QUE SE INTEGRE AL REGISTRO NACIONAL. PREGÚNTELE A SU MÉDICO SI TIENE CUALQUIER DUDA.

## FIRMA DE LOS TESTIGOS

(no puede ser testigo el representante legal nombrado en este documento)

Yo, el testigo, declaro que conozco a la persona que ha firmado este documento, y que lo ha hecho en mi presencia, en pleno uso de sus facultades mentales y sin haber sido sometido a presión o influencia indebida. También declaro ser mayor de edad.

### Firma del testigo nº1:

Nombre y apellidos:

Dirección:

Teléfono de contacto:

DNI:

### Firma del testigo nº2:

Nombre y apellidos:

Dirección:

Teléfono de contacto:

DNI:

### Firma del testigo nº3:

Nombre y apellidos:

Dirección:

Teléfono de contacto:

DNI: