

VOLUNTADES ANTICIPADAS: DESAFÍOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

ADVANCE DIRECTIVES: ETHICAL CHALLENGES IN PATIENT CARE

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: DESAFIOS ÉTICOS NO CUIDADO DO PACIENTE

Jenny Forero¹

Ivonne Vargas²

Margarita Bernales³

RESUMEN

Las voluntades anticipadas en salud tienen como finalidad que la persona manifieste de manera anticipada su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, lo cual le permite expresar personalmente y de forma previa sus preferencias. Esta revisión de la literatura tiene por objetivo describir el concepto y la estructura de las voluntades anticipadas, así como los aspectos éticos involucrados durante el cuidado del paciente. Con las palabras clave “Advanced Health Care Directive” AND “Ethical Implication” y sus símiles en español (voluntades anticipadas, implicaciones éticas), se revisaron cinco bases de datos: ProQuest, Philosophy (JSTOR), PubMed, Web of Science y SciELO; las publicaciones se agruparon entre los años 2010 y 2018. Se obtuvieron 31 artículos de los cuales se realizó una lectura crítica. Los resultados de esta revisión fueron agrupados en las siguientes categorías: concepto, estructura, situaciones clínicas donde se aplican las voluntades anticipadas, fortalezas y limitaciones; así como los aspectos éticos involucrados. Actualmente, son más comunes las vivencias relacionadas con las situaciones al final de la vida, donde la persona pierde su capacidad de decidir y no puede manifestar sus deseos, por lo que es imposible conocer su voluntad. Gran parte de los profesionales de la salud no tienen capacitación adecuada sobre el desarrollo y la aplicación de las voluntades anticipadas, escenario que se convierte en una oportunidad para la investigación y profundización sobre el tema. Las voluntades anticipadas son una herramienta que proporciona al equipo de salud información fidedigna de los valores y deseos del paciente, por lo que es importante capacitar a estos profesionales para brindar una atención respetuosa y de calidad.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS): voluntad anticipada; documento de voluntad anticipada; voluntad de vida; revelación; directivas anticipadas; testamento vital; principios éticos; toma de decisiones; toma de decisiones clínicas.

DOI: 10.5294/PEBI.2019.23.2.5

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Forero J, Vargas I, Bernales M. Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Pers Bioet.* 2019; 23(2):224-244. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>

- 1 <https://orcid.org/0000-0001-9339-4923>. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. jjforero@uc.cl
- 2 <https://orcid.org/0000-0003-2756-7640>. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. ivargase@uc.cl
- 3 <https://orcid.org/0000-0002-4993-8927>. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. mmbernal@uc.cl

RECEPCIÓN: 26/01/2019

ENVÍO A PARES: 03/06/2019

APROBACIÓN POR PARES: 15/08/2019

ACEPTACIÓN: 22/08/2019

ABSTRACT

Advance healthcare directives are intended for the individual to personally express their will and preferences about healthcare and treatment ahead of time. This literature review aims to describe the concept and structure of advance directives and the ethical aspects involved in patient care. Using the keywords “Advance Healthcare Directive” AND “Ethical Implication” and its Spanish equivalents (*voluntades anticipadas, implicaciones éticas*), five databases were accessed: ProQuest, Philosophy (JSTOR), PubMed, Web of Science and Scielo. Publications were narrowed down to the 2010-2018 period. Thirty-one articles were obtained and read critically. Results of this review were grouped into the following categories: concept, structure, clinical situations in which advance directives apply, strengths and limitations, as well as the ethical aspects involved. End of life-related experiences in which a person loses their ability to make decisions and cannot express their wishes, so it is impossible to know their will, are more common nowadays. Most health workers are not appropriately trained in the preparation and application of advance directives, which becomes an opportunity to research and delve deeper into the subject. Advance directives are a tool that gives health workers reliable information on a patient’s values and wishes, so it is vital to train them to provide respectful quality care.

KEYWORD (SOURCE: DECS): advance directive; health care advance directive; living will; disclosure; advance directives; ethical principles; decision making; clinical decision-making.

RESUMO

As diretivas antecipadas de vontade na saúde têm como finalidade que o paciente manifeste, de maneira antecipada, sua vontade e preferências sobre os cuidados e o tratamento de sua saúde. Esta revisão da literatura tem como objetivo descrever o conceito e a estrutura das diretivas antecipadas de vontade, bem como os aspectos éticos envolvidos durante o cuidado do paciente. Com as palavras-chave “advanced health care directive” AND “ethical implication” e seus equivalentes em espanhol (*“voluntades anticipadas”, “implicaciones éticas”*), foram revisadas cinco bases de dados: ProQuest, Philosophy (JSTOR), PubMed, Web of Science e SciELO; as publicações são de 2010 a 2018. Foram obtidos 31 artigos, dos quais foi realizada uma leitura crítica. Os resultados desta revisão foram agrupados nas seguintes categorias: conceito, estrutura, situações clínicas em que são aplicadas as diretivas antecipadas de vontade, fortalezas, limitações, bem como aspectos éticos envolvidos. Atualmente, são mais comuns as vivências relacionadas com as situações no final da vida, em que a pessoa perde sua capacidade de decidir e não pode manifestar seus desejos, portanto é impossível conhecer sua vontade. Grande parte dos profissionais da saúde não tem capacitação adequada sobre o desenvolvimento e a aplicação das diretivas antecipadas de vontade, o que se torna uma oportunidade para pesquisar e aprofundar sobre o tema. As diretivas antecipadas de vontade são uma ferramenta que proporciona, à equipe de saúde, informação fidedigna dos valores e desejos do paciente, por isso é importante capacitar os profissionais para oferecer uma atenção respeitosa e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): vontade antecipada; diretivas antecipadas de vontade; DAV; testamentos quanto à vida; revelação; diretivas antecipada; princípios éticos; tomada de decisões; tomada de decisão clínica.

INTRODUCCIÓN

La creación de los documentos de voluntades anticipadas (VA) en el ámbito de la salud fue originalmente denominada como *living will* o testamento vital. Estos surgieron en Estados Unidos para actuar de la mejor manera ante problemas en la toma de decisiones entre el paciente y los profesionales de la salud (1), en particular cuando ocurrían situaciones en las que los pacientes no alcanzaban a manifestar sus voluntades respecto al manejo médico al final de la vida (2). La primera directiva anticipada fue propuesta por la Euthanasia Society of America (ESA) en 1967, y se relaciona con el hecho de que un paciente no puede ser sometido a tratamiento sin su consentimiento (3).

Los términos testamento vital, voluntades anticipadas o instrucciones previas, se refieren al documento escrito en el que una persona manifiesta anticipadamente su voluntad respecto a decisiones en salud. El objetivo de la VA se cumple en el momento en que un paciente no sea capaz de expresar personalmente sus preferencias sobre los cuidados y el tratamiento de su salud (2).

La aplicación de las VA favorece que un paciente tome decisiones cuando está consciente, y esto se hace a través de una correcta comunicación con el equipo de salud (4). Durante este proceso, el profesional de la salud tiene la responsabilidad de informar sobre las recomendaciones clínicas, aclarando que cada alternativa suele tener ventajas y desventajas, diferencias en la efectividad, los efectos adversos y los costos, para brindar mayores herramientas al paciente en una toma de decisión informada (5).

Estas voluntades prospectivas se pueden comprender, a grandes rasgos, como formas de consentimiento que

LOS TÉRMINOS TESTAMENTO VITAL, VOLUNTADES ANTICIPADAS O INSTRUCCIONES PREVIAS, SE REFIEREN AL DOCUMENTO ESCRITO EN EL QUE UNA PERSONA MANIFIESTA ANTICIPADAMENTE SU VOLUNTAD RESPECTO A DECISIONES EN SALUD.

autorizan a un equipo médico a realizar algún tipo de intervención con fines diagnósticos o terapéuticos para asegurar una atención sanitaria acorde con los intereses del paciente, que entrarán en vigencia cuando este ya no se encuentre apto para manifestar su voluntad (6). Además, las VA se han incorporado en algunas legislaciones europeas (7) y están presentes en publicaciones académicas y en propuestas de documentos en el ámbito de la bioética (8).

El objetivo de esta revisión de la literatura es indagar sobre este tema y describir los aspectos éticos involucrados durante el desarrollo de las VA, y las fortalezas y limitaciones de su aplicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

La revisión se desarrolló siguiendo las seis etapas planteadas por Ganong (9):

1. La pregunta orientadora fue: ¿cuáles son los aspectos éticos involucrados en el desarrollo de las VA durante el cuidado de un paciente adulto?

Para la búsqueda se utilizaron los términos MeSH: “Advanced Health Care Directive” AND “Ethical

Implication” y sus símiles en español (voluntades anticipadas, implicaciones éticas), la base de datos de SciELO reporta información sobre el tema en Latinoamérica.

Los operadores booleanos utilizados fueron de intersección (AND) para establecer las operaciones lógicas entre los conceptos y (OR) para recuperar documentos donde aparezca alguna de las palabras clave indicadas como sinónimo (10) (Anexo, tabla 1).

2. Los criterios de inclusión utilizados fueron: artículos publicados entre 2010 y 2018, en idioma español o inglés, artículos científicos y revisiones relacionadas con los aspectos éticos de las VA de personas adultas en el ámbito de la salud.

Los criterios de exclusión fueron: artículos sin texto completo disponible, que involucraran situaciones de emergencia o patologías psiquiátricas y menores de edad.

Se identificaron un total de 536 registros a partir de los términos MeSH empleados, se realizó lectura de título y resumen de cada uno, se descartaron aquellos que no tenían relación con la definición, los objetivos y aspectos éticos de las VA en salud.

3. Los datos se obtuvieron de las bases ProQuest, Philosophy (JSTOR) y PubMed, Web of Science y SciELO, usando el límite de años entre 2010-2018.

La primera selección de los artículos fue por título y el resumen, con un total de 285 registros seleccionados (251 eliminados), que fueron escogidos al contrastar el objetivo del documento con la pregunta inicial de esta revisión. La segunda selección se realizó a partir de la lectura del texto completo y se excluyeron aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión

señalados, quedaron un total de 36 registros (figura 1). Finalmente, se eliminaron 6 registros duplicados, se obtuvo un total de 31 documentos seleccionados (Anexo, tabla 2).

4. Cada uno de los 31 artículos seleccionados fue sometido a una lectura crítica en la que se realizó un proceso de abstracción, síntesis y análisis de la información recopilada sobre las VA y los desafíos éticos en el cuidado del paciente.
5. Los revisores extrajeron de cada uno de los artículos la información correspondiente y la agruparon en cinco categorías: concepto, objetivos, situaciones clínicas donde se aplican, fortalezas-limitaciones y aspectos éticos.
6. Para la presentación de los resultados se describió cada una de las categorías según los hallazgos encontrados en los artículos.

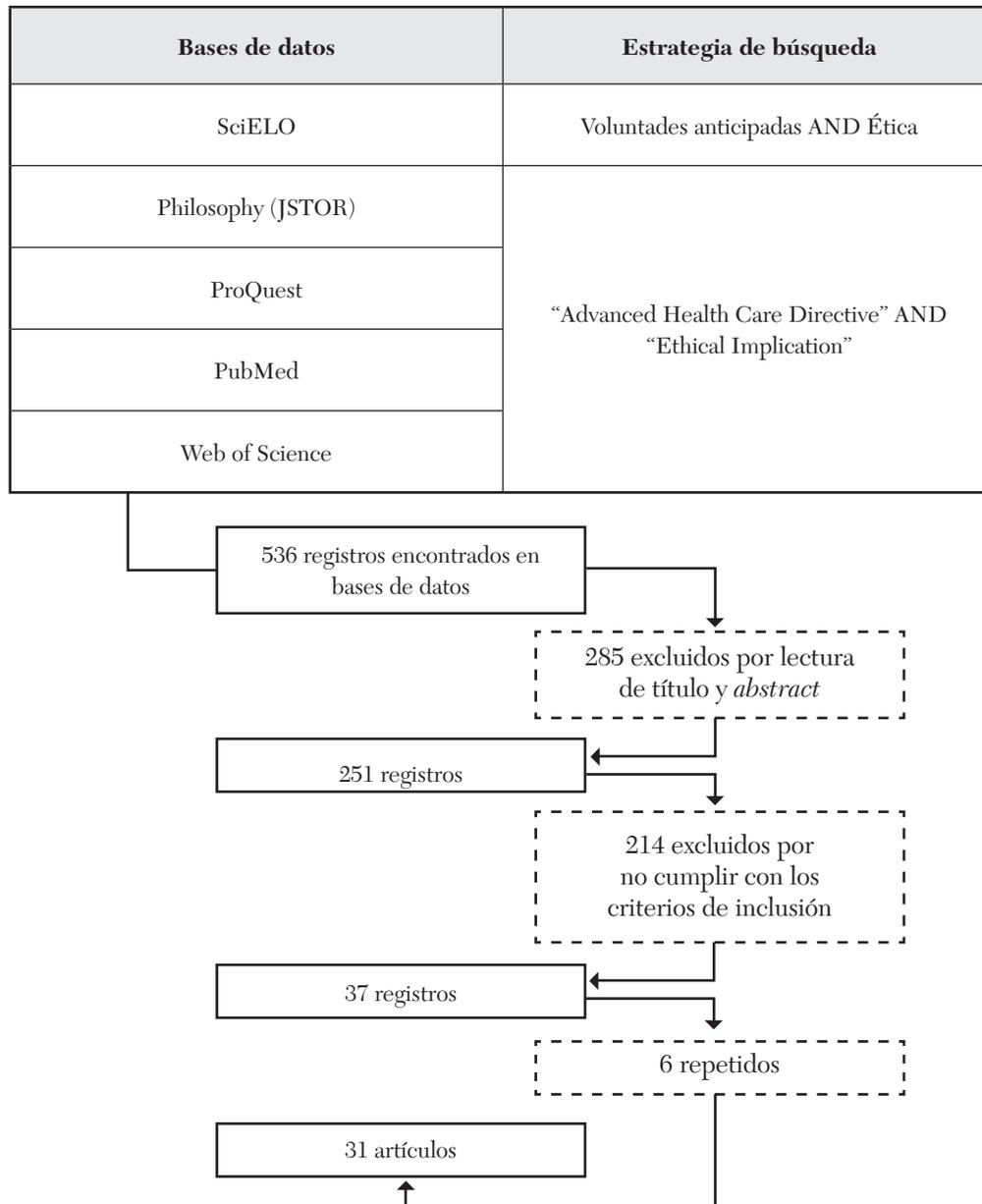
RESULTADOS

Conceptualización de voluntades anticipadas

La planificación de las VA, según lo establecido por el *Diccionario de bioética* de 1991 (citado por Vearrier), es un proceso donde las declaraciones de los pacientes son realizadas con anterioridad al momento en el que se encuentren incompetentes para decidir sobre su propia atención en salud, en las cuales se indican sus preferencias de tratamiento y se autoriza a un tercero a tomar decisiones por ellos (11).

Las VA se realizan entre el paciente, su familia/cuidador(s) y los profesionales de la salud que apoyan los adultos (de cualquier edad o estado de salud), y están encaminadas a

Figura 1. Estructura de la búsqueda



Fuente: elaboración propia.

ADemás DE VELAR POR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, LA VA PROTEGE LOS DERECHOS DE ESTE RESPETO DE SU PERSONALIDAD, LA DIGNIDAD AL FINAL DE LA VIDA Y LA CONFIDENCIALIDAD EN EL MANEJO DE SU HISTORIAL CLÍNICO.

compartir y comprender sus valores personales, objetivos de vida y preferencias respecto a la atención médica en el futuro (12-14). Las personas tienen la oportunidad de discutir y planificar la futura toma de decisiones, en particular, para el momento en que no son capaces de tomar decisiones por sí mismas (13, 15), lo que proporciona una medida de control sobre la fase final de la vida y asegura que los deseos de los pacientes sean conocidos y respetados, en la medida de lo posible, por el profesional de la salud (16).

La VA es considerada como una herramienta de planificación de atención avanzada de pacientes con enfermedades crónicas graves. Esta refleja los objetivos del paciente para las decisiones médicas que, teniendo en cuenta la condición actual de salud, podrían enfrentar en un futuro, para así aumentar la probabilidad de que sus deseos sean respetados por las instituciones de salud (17, 18).

Algunos autores establecen que la VA es el mecanismo mediante el cual las personas son partícipes de las decisiones médicas futuras de acuerdo con sus intereses, y destacan la autonomía al elegir frente al tipo de vida que se desea, posterior a la intervención (19-21).

Además de velar por la autonomía del paciente, la VA protege los derechos de este respeto de su personalidad, la dignidad al final de la vida y la confidencialidad en el manejo de su historial clínico (22, 23).

Es importante señalar que la planificación de las VA tiene que ser en un tiempo cercano al diagnóstico dado por el médico tratante, estas deben actualizarse constantemente (menos de un año), o cuando el paciente considere necesario modificar sus preferencias, esto debe ser un proceso de diálogo entre el equipo de salud y el paciente, donde se informe a este último sobre la evolución de su enfermedad, a fin de que pueda tomar y actualizar sus decisiones. Hay que recordar que uno de los problemas en la aplicación de la VA es el intervalo de tiempo entre el momento de expresar la voluntad y aquel en que esta se ejecuta (24, 25).

Objetivos de las VA

Los objetivos que se plantean en las VA son diversos, uno de los principales es el propósito de proteger y mantener el derecho de la autonomía del paciente en la toma de decisiones en salud (26), al respetar su elección en las intervenciones médicas que desea, incluso cuando se está incapacitado por una enfermedad o condición terminal, encausando el cuidado que realmente recibe de acuerdo con sus preferencias (11, 13), además de asegurar, por parte del equipo de salud, la entrega de información clara a pacientes, familiares y cuidadores para ofrecerles la oportunidad de identificar y registrar las preferencias de atención antes de que se pierda la capacidad de decisión (27, 28). Otro objetivo es asegurar que el paciente comprende su condición actual de salud, la trayectoria probable de la enfermedad y las opciones

de tratamiento (17), al definir estados clínicos que los pacientes consideran intolerables y, por tanto, desean evitar (28, 29).

Situaciones clínicas donde se aplican las VA

Los elementos que pueden incluirse en el desarrollo de las VA guían a los pacientes a través de una serie de decisiones específicas, según sus preferencias sobre las condiciones en las que aceptarían o rechazarían el uso de tecnologías para el mantenimiento de la vida, donde, en principio, deberían suspenderse de resultar medidas desproporcionadas, como: las terapias de sustitución renal (11, 14, 30, 31), ventilación mecánica (11, 14, 17, 26, 30-32), reanimación cardiopulmonar (RCP) (13, 15, 17, 27, 28, 30, 32); o medidas de cuidado paliativo como la nutrición artificial (11, 14, 17, 30-32) y medidas de confort (31); control del dolor (11, 27, 31) e incluso, donación de órganos (31).

Respecto a las preferencias de los pacientes frente al nivel de intervención médica deseada en caso de emergencia: no hospitalización, limitación o no del tratamiento según su patología (17, 33).

Los estudios analizados indican que el cuerpo colectivo responsable de la toma de decisiones durante el desarrollo de las VA está conformado por el paciente, su familia o representantes (persona adulta competente de 18 años o más) (18, 23, 27, 34) y por el personal de salud (principalmente, médico y enfermera) quienes deben cumplir con las voluntades previamente comunicadas por el paciente, en busca del mayor beneficio y respeto por la dignidad de la persona (14, 20, 28, 32, 35).

Este proceso, además de evaluar y analizar las preferencias de la atención médica, también busca nombrar

a un representante sustituto de la toma de decisiones a fin de brindar, además de lo mencionado, oportunidades de establecer límites en los planes terapéuticos cercanos al final de la vida (14).

Es importante aclarar que la VA puede revocarse informalmente en cualquier momento (36), ya que pueden haber sido descubiertos nuevos tratamientos que se relacionen con los intereses del paciente para mantener una mejor calidad de vida durante el desarrollo de su patología (21).

Fortalezas y limitaciones de la aplicación de las voluntades anticipadas

a. Fortalezas

Las fortalezas descritas por los diferentes autores durante la aplicación de las VA se describen a partir de los beneficios para el paciente, los cuidadores y los profesionales. Para el caso del paciente, este se verá beneficiado al ser respetada su autonomía por parte del equipo de salud en la toma de decisiones, al brindarle la oportunidad de establecer sus preferencias en los tratamientos médicos (24, 30) y fomentar su independencia dentro del sistema de salud y de la sociedad en general (27).

Los beneficios para cuidadores son considerados a partir de la disminución del estrés o la ansiedad al hablar con claridad de este tipo de situaciones, y la adquisición de mayores herramientas para administrar asuntos personales, paz mental, menos carga para los seres queridos y paz dentro de la familia (17, 28).

Respecto a los beneficios para los profesionales involucrados en el proceso de atención clínica durante el

desarrollo de las VA, se evidenciará menos conflicto al tomar la decisión, pues se conocen los deseos y la voluntad de los pacientes (29), lo que permite generar instancias donde se diseñen cuidados orientados al confort, para mejorar el control de los síntomas mentales y físicos del paciente en las últimas fases de la vida (17, 28), con una disminución del uso de intervenciones médicas intensivas y del número de transferencias inapropiadas al hospital de pacientes en fases terminales de la enfermedad, lo que genera mayor satisfacción del paciente y del cuidador con la atención brindada (17, 28).

b. Limitaciones

Las limitaciones descritas durante el desarrollo de las VA tienen que ver, en primera instancia, con la falta de homogeneidad de este proceso, las confusiones conceptuales por la variedad de nombres que se da a este tipo de documento (34, 37), además del uso de un lenguaje jurídico complejo durante su ejercicio (38). Lo anterior podría explicar la falta de conocimiento entre los profesionales de la salud (22, 23).

Otra limitación es la falta de claridad sobre el lugar donde se almacenarán y se tendrá acceso a estos documentos de forma completa, para que sea posible, en un momento futuro, recuperar rápidamente un registro de las preferencias del paciente. A esto se suma la incertidumbre entre los profesionales de la salud y el paciente sobre los diferentes documentos, cómo desarrollarlos y el lugar acorde para aplicarlos (28).

Por parte de los pacientes también hay estudios que describen las limitaciones presentadas tales como: la falta de comprensión por parte de estos y sus familias sobre la gravedad de la enfermedad y su pronóstico; la

dificultad para comprender las limitaciones y complicaciones de las intervenciones para mantener la vida (29); la percepción de irrelevancia por parte estos al hablar de su voluntad de forma previa: “Estoy demasiado saludable; la tecnología médica prolongará la vida sana, los eventos futuros son una cuestión de suerte, mis deseos ya son conocidos por mis médicos y mi familia” (25, 29, 34); deseos ambiguos, inconstantes o mal registrados dados por el uso de palabras que están abiertas a diferentes interpretaciones o que no identifican las voluntades de forma precisa (25, 28), lo que puede generar dudas en el equipo de salud respecto a qué paciente debe planificar sus voluntades y cuándo debe comenzar esa discusión, principalmente en los pacientes en quienes las trayectorias de la enfermedad pueden ser inciertas, por lo que el proceso de las VA se realiza demasiado tarde (25, 28).

Otra limitación es la falta de claridad del proveedor de atención médica responsable más adecuado para iniciar el proceso de las VA, que depende del contexto clínico del paciente (23, 25, 28); además de la actitud variable del médico según la especialidad durante el desarrollo de las VA (30).

También existen limitaciones de tiempo del profesional de salud quien tiene que competir con otras tareas clínicas y organizativas importantes, probablemente más intensas, que dificultan el proceso y restan tiempo de esencial a la atención que se le debe dar al paciente para resolver sus dudas (12).

Finalmente, las limitaciones generadas por la ausencia o las dificultades con el representante que va a decidir, a futuro, por pacientes que no tienen familia o “personas significativas” o, por el contrario, situaciones donde sus opiniones son discordantes con las del paciente o que,

por varias razones, no desea participar en el proceso, o no está de acuerdo con otros miembros de la familia en cuanto a los objetivos de la atención (25, 28).

Aspectos éticos de la planificación de las voluntades anticipadas en salud

Algunos artículos indican que las VA en salud comparten las razones éticas subyacentes del respeto por la autonomía del paciente y de prevenir el tratamiento no deseado en momentos en que ya no puede participar en las decisiones de su atención médica (11, 23, 39).

En el ámbito sanitario, se describe el respeto por la autonomía del paciente a partir de la condición de que el individuo cuente con capacidad para la toma de decisiones para que las VA sean válidas (19); de esta manera, se puede establecer que una acción es autónoma cuando el que actúa comprende lo que hace, tiene una intencionalidad y lo hace sin influencias que determinan su acción (37).

Por consiguiente, para ejercer su autonomía el paciente debe comprender la información sobre su estado médico general y su pronóstico tanto a corto como a largo plazo, así como las opciones del plan de tratamiento y el impacto que tendrían, con el fin de facilitar y apoyar las decisiones, para que pueda rechazar o aceptar tratamientos, por medio de la VA, con el equipo de salud en un entorno de privacidad y confidencialidad (36). Así, mediante las VA, la preferencia de la persona enferma puede ser expresada de forma anticipada y por escrito, con lo cual se mantiene su autodeterminación en el tiempo (24).

Algunos estudios afirman que el motivo para respetar la autonomía del paciente frente a los tratamientos

ALGUNOS ARTÍCULOS INDICAN QUE LAS VA EN SALUD COMPARTEN LAS RAZONES ÉTICAS SUBYACENTES DEL RESPETO POR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE PREVENIR EL TRATAMIENTO NO DESEADO EN MOMENTOS EN QUE YA NO PUEDE PARTICIPAR EN LAS DECISIONES DE SU ATENCIÓN MÉDICA.

en circunstancias al final de la vida se debe a que las preferencias de estos son muy sensibles en dichos momentos (24).

Una de las principales preocupaciones de quien decide planificar sus VA es la incertidumbre sobre lo que ocurrirá después de la pérdida de su capacidad para decidir, pues personas relativamente extrañas podrían tomar decisiones cruciales al final de su vida en un supuesto mejor interés, a través de una decisión subrogada. No obstante, si así lo prefiere, un paciente podría designar a una persona que lo subrogue en decisiones cuando esté imposibilitado de decidir, como un ejercicio de elección autónoma (20). De esta manera, la persona que subroga la decisión tiene la obligación moral de seguir las preferencias expresadas por el paciente, y actuar con el mejor interés de este, informando además al equipo de salud (40). Si estas preferencias son desconocidas, se debe actuar sobre el principio ético de la beneficencia y maximizar el bienestar del paciente, con el fin de evitar el dolor y el sufrimiento, respetar sus intereses y buscar su recuperación (39). Asimismo, al tener presente el bienestar del paciente se trata de velar por la ausencia de dolor y sufrimiento, a fin de apoyar un proceso de muerte digno (22).

LAS VA PUEDEN FOMENTAR UN EQUILIBRIO ENTRE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, CON LA OBLIGACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DE HACER EL BIEN PARA ESTE (BENEFICENCIA) Y EVITAR EL DAÑO (NO MALEFICENCIA), TENIENDO EN CUENTA LAS PREOCUPACIONES DE JUSTICIA Y EQUIDAD CON RESPECTO A OTROS PACIENTES.

Sin embargo, el estudio de Scott *et al.* muestra consistentemente que la mayoría de los pacientes con enfermedad crónica avanzada desean discutir sus opciones de atención mientras aún puedan hacerlo, destacando que sus preferencias permanecen estables e inequívocas con el tiempo en más del 70% de los casos (28). Si no se documentan tales preferencias para que puedan cumplirse en el futuro, no hay compatibilidad con los principios de la autonomía del paciente y de consentimiento informado durante la práctica clínica (21, 41).

El respeto y la dignidad de las personas también fueron aspectos éticos descritos por Trarieux *et al.*, donde algunas personas manifiestan “reclamar el derecho a morir con dignidad”, “expreso mis últimos deseos libres y quiero que ellos sean respetados”, “para mí, prolongar la vida a cualquier precio no es una prioridad” (34).

Para Feely *et al.*, actualmente a los médicos se les anima a tomar decisiones con los pacientes y sus sustitutos, utilizando un proceso de toma de decisiones compartidas. Las VA sugieren la reevaluación continua de los objetivos y las preferencias del paciente a través del tiempo, se considera que cualquier decisión de iniciar, continuar o interrumpir una intervención médica debe basarse en las preferencias de este ya que estos tienen el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento (40).

Peicius *et al.*, en su estudio, describen el desarrollo de las VA como una herramienta adecuada para proteger la autonomía del paciente y contemplan otros aspectos éticos fundamentales, tales como la libertad de elección, la responsabilidad del paciente en el momento de tomar decisiones sobre el tratamiento médico y la beneficencia (22). Finalmente, las VA pueden fomentar un equilibrio entre la autonomía del paciente, con la obligación del personal médico de hacer el bien para este (beneficencia) y evitar el daño (no maleficencia), teniendo en cuenta las preocupaciones de justicia y equidad con respecto a otros pacientes (32, 36). En esta medida, es obligación del personal de la salud, no solo respetar la autonomía del paciente, sino también tener una mayor obligación de proteger a los pacientes vulnerables (40).

DISCUSIÓN

Actualmente, la relación que establece el paciente con el sistema de salud ha cambiado, evolucionando hacia un entorno menos paternalista, en el que es más visible su participación en el proceso de salud-enfermedad, en un marco de comunicación más simétrico entre profesionales y pacientes. Para que esto se desarrolle en un entorno de respeto, una obligación moral del equipo de salud es cerrar la brecha de información durante todo el proceso de toma de decisiones, reconociendo el valor dialógico de las VA (42).

Uno de los argumentos éticos para el desarrollo de las VA es fomentar el respeto por la autonomía, principio bioético que reconoce el derecho de toda persona adulta, capacitada, en ausencia de coacciones y debidamente informada, a decidir si acepta o no un determinado tratamiento, a partir de lo que considera bueno para sí mismo, con fundamento en el uso de una libertad responsable en la toma de decisiones (43). Así, puede ejercer de manera responsable su autodeterminación sobre las decisiones que conciernen a su salud respecto a los tratamientos que se le deberán aplicar en determinadas circunstancias (44), cuando ya no estará consciente para decidir. El individuo es autónomo cuando actúa libremente de acuerdo con el plan que ha escogido, a partir de dos condiciones esenciales: la libertad, entendida como la independencia de influencias que lo controlen, y la agencia, es decir, la capacidad para la acción intencional (45).

Estudios propuestos por Sapag consideran que tener en cuenta la voluntad del paciente, cuando este ya ha perdido la consciencia, es un importante paso en defensa y respeto de la autonomía del individuo, el cual genera mayor confianza al saber que se seguirán sus preferencias (46). Al reconocer el derecho de una persona capaz de aceptar o rechazar el tratamiento médico, se evitan las dudas o nuevas tomas de decisiones sobre intervenciones médicas no deseadas y posiblemente inútiles.

Existen limitaciones en la autonomía del paciente como, por ejemplo, los casos en los cuales una persona rechaza el tratamiento para una enfermedad contagiosa ya que el rechazo conlleva importantes riesgos para la salud de otras personas, lo que se vuelve una prioridad del equipo. Otra limitación importante de la autonomía del paciente es que su derecho a rechazar el tratamiento o la atención

no implica el derecho a recibir cualquier servicio que el paciente exija y que vaya en contra de la autonomía del equipo de salud (47). Ambas autonomías no deben anularse, ni debe haber una mayor que la otra, lo que causaría un efecto de dominación de cualquiera de las partes (paciente o equipo). Se debe procurar un diálogo respetuoso, donde primen los mejores argumentos.

Actuar bajo el mejor interés del paciente puede ser incompatible con escoger lo que el este elegiría si fuera capaz, y con el cumplimiento de una instrucción previa o VA ya que el principio del mejor interés se centra exclusivamente en el bien del paciente, mientras que el principio de juicio sustitutivo como el de las VA requiere que el respeto de las elecciones y los valores previos del paciente sean decisivos (47).

Aunque gran parte de los artículos revisados considera el respeto de la autonomía como principio primordial en la atención de salud, ningún principio ético reemplaza a otros, más bien cada uno debe contribuir a que los procesos en salud sean los mejores posibles, y la justificación ética para el desarrollo de las VA debe ir más allá de la autonomía. Es importante considerar aspectos positivos en la atención del paciente tales como: la participación activa de este en el proceso de atención; la disminución del estado de vulnerabilidad de la persona, entendida como la condición de fragilidad, la posibilidad de sufrir, con la finitud y con la muerte, situaciones que imposibilitan o dificultan la independencia y, por tanto, la autonomía.

Por tanto, los profesionales de la salud deben apoyar y acompañar a los pacientes en esta condición de vulnerabilidad, ante la cual es necesario la elaboración de planes de cuidado que generen vínculos de confianza

EL PROCESO DE VA BIEN UTILIZADO
CONTRIBUIRÁ DE FORMA POSITIVA A
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL, DENTRO
Y FUERA DE LAS RELACIONES CLÍNICAS,
Y SERÁ UN REFERENTE EFICAZ PARA
GARANTIZAR EL RESPETO A LA DIGNIDAD Y EL
VALOR DE LA VIDA HUMANA DE LA PERSONA
EN EL CONTEXTO SANITARIO ACTUAL.

entre el equipo de salud y el paciente, como forma de colaborar y ser coadyuvante en el logro de su autonomía (48). Estos elementos se encuentran en la base de la labor de los profesionales de la salud en general, y de la enfermería en particular, pues constituyen en buena medida su razón de ser. Por eso, su tarea es la de producir un bien: el cuidado como un deber moral, derivado de su constitución como labor profesional, que debe llevarse a cabo desde una comunicación con la persona que está pasando por una situación difícil o dolorosa (48). Para ello, es importante realizar ajustes al cuidado ofrecido que permitan el desarrollo de un vínculo entre el agente prestador y el receptor de cuidado, a fin de formar canales de comunicación efectivos ante este tipo de situaciones (49).

Para llevar a cabo toda esta labor es necesario contar con equipos capacitados, donde los profesionales involucrados comprendan en qué consisten las VA y cómo se desarrollan, además de cuándo aplicarlas. De manera adicional, deben conocer los aspectos éticos involucrados (42).

El proceso de VA bien utilizado contribuirá de forma positiva a mejorar la calidad asistencial, dentro y fuera de las relaciones clínicas, y será un referente eficaz para garantizar el respeto a la dignidad y el valor de la vida humana de la persona en el contexto sanitario actual (43).

Podría existir algún tipo de sesgo al incorporar las apreciaciones de culturas diversas –de habla inglesa y habla española–, si se considera que la noción de moral puede ser distinta en grupos culturales diferentes que, aunque tengan en cuenta los principios éticos mencionados, puede variar según la influencia cultural, tradicional y legal propias de donde se desarrolla la temática.

CONCLUSIÓN

La muerte es un tema que generalmente se considera negativo y se excluye de las conversaciones cotidianas, sin embargo, cuando se tiene una enfermedad grave o edad avanzada se piensa frecuentemente en ella y en las condiciones en las que sucederá. La planificación de las voluntades anticipadas puede ser una herramienta valiosa para el equipo de salud, pues refleja de manera fidedigna los valores y deseos del paciente, por lo que es importante capacitar a los profesionales del área. No obstante, es relevante tomar en cuenta que el proceso de VA, pese a ser respetuoso de la voluntad y los derechos de los pacientes, no puede obligar a los profesionales a realizar actos en contra de los valores del equipo y de la sociedad en la que se encuentran. Esta problemática abre un camino para reflexionar acerca de la relación entre el derecho a la autodeterminación en las decisiones futuras en salud y el derecho a la eutanasia.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

 REFERENCIAS

1. Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:87-102. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600007
2. Angora F. Voluntades anticipadas vs. instrucciones previas o testamento vital en atención primaria de salud. *Rev Clínica Med Fam*. 2008;2(5):210-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300004
3. Cantalejo IMB, Lorda PS, Gutiérrez JJ. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nur Invest*. 2004;(5):1-9. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/154>
4. Pujolar N, Castillo R, Noguera A, Cabrera L, Soler R. Nombramiento de un representante vital: actitud del paciente y del personal de enfermería. *Enferm Nefrol*. 2013;16:129-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500065>
5. Alonso P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. *Guías de práctica clínica*. *Gac Sanit*. 2018;32(2):e1-167-e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.008>
6. Lifshitz A. El consentimiento informado: aplicación en la práctica de la medicina. *Rev CONAMED*. 2018;9(3):23-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/ resumen.cgi?IDARTICULO=79871>
7. Gil C. Panorama internacional de las voluntades anticipadas. *Bioética en Atención Primaria*. 2002. Disponible en: <http://www.institutodebioetica.org/casosbioetic/formacioncontinuada/testamentovital/cgil.pdf>
8. Correa F. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. *Rev Colomb Bioét*. 2008;3(2):83-101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189214386006.pdf>
9. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
10. Moncada S. Cómo realizar una búsqueda de información eficiente. Foco en estudiantes, profesores e investigadores en el área educativa. *Invest Educ Méd*. 2014;3(10):106-15. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/349733229007>
11. Vearrier L. Failure of the current advance care planning paradigm: advocating for a communications- Based approach. *HEC Forum*. 2016;28(4):339-54. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9305-0>
12. Bravo G, Dubois M-F, Cohen C, Wildeman S, Graham J, Painter K, et al. Are Canadians providing advance directives about health care and research participation in the event of decisional incapacity? *Can J Psychiatry*. 2011;56(4):209-18. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371105600404>
13. Ruseckaite R, Detering KM, Evans SM, Perera V, Walker L, Sinclair C, et al. Protocol for a national prevalence study of advance care planning documentation and self-reported uptake in Australia. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018024. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e018024.full>
14. Gabler NB, Cooney E, Small DS, Troxel AB, Arnold RM, White DB, et al. Default options in advance directives: Study protocol for a randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2016;1(6). DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010628>
15. Otte IC, Elger B, Jung C, Bally KW. The utility of standardized advance directives: the general practitioners' perspective. *Med Health Care Philos*. 2016;19(2):199-206. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9688-3>
16. Fried TR, Redding CA, Martino S, Paiva A, Iannone L, Zenoni M, et al. Increasing engagement in advance care planning using a behaviour change model: Study protocol for the STAMP randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2018;8(8):e025340. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025340>
17. Sabatino C. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q*. 2010;88(2):211. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2010.00596.x>

18. Atienza E, Armaza EJ, Beriain. Aspectos bioético-jurídicos de las instrucciones previas o testamento vital en el contexto normativo español. *Acta Bioeth.* 2015;21(2):163-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200002>
19. Olsen DP. Ethically relevant differences in advance directives for psychiatric and end-of-life care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2016;22(1):52-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/1078390316629958>
20. Samanta J. There's nothing new in dying now: Will welfare attorney decision making at end of life make a real difference? *J Law Soc.* 2012;39(2):241-68. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6478.2012.00580.x>
21. Buller T. Advance consent, critical interests and dementia research. *J Med Ethics.* 2015;41(8):701. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2014-102024>
22. Peicius E, Blazeveciene A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: A cross sectional survey of health professionals. *BMC Med Ethics.* 2017;18(1):40. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>
23. Iglesias MEL, Bengoa RB. Living wills in the nursing profession: Knowledge and barriers. *Acta Bioeth.* 2013;19(1):113-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000100012>
24. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit.* 2010;24(6):437-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600002
25. Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev Salud Pública.* 2012;14:116-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000100010>
26. Muramoto O. Socially and temporally extended end-of-life decision-making process for dementia patients. *J Med Ethics.* 2011;37(6):339. DOI: <http://doi.org/10.1136/jme.2010.038950>
27. Trarieux-Signol S, Bordessoule D, Ceccaldi J, Malak S, Polomeni A, Fargeas J, et al. Advance directives from haematology departments: The patient's freedom of choice and communication with families. A qualitative analysis of 35 written documents. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1):10. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12904-017-0265-1>
28. Scott IA, Rajakaruna N, Shah D, Miller L, Reymond E, Daly M. Normalising advance care planning in a general medicine service of a tertiary hospital: An exploratory study. *Aust Health Rev.* 2016;40(4):391-8. DOI: <http://doi.org/10.1071/AH15068>
29. Carter RZ, Detering KM, Silvester W, Sutton E. Advance care planning in Australia: what does the law say? *Aust Health Rev.* 2016;40(4):405-14. DOI: <http://doi.org/10.1071/AH15120>
30. Pérez FP. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *SEMERGEN-Med Fam.* 2016;42(8):566-74. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.11.006>
31. Pasalic D, Tajouri T, Oottenberg A, Mueller P. The prevalence and contents of advance directives in patients with pacemakers. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2014;37(4):473-80. DOI: <https://doi.org/10.1111/pace.12287>
32. Campo-Engelstein L, Jankowski J, Mullen M. Should health care providers uphold the DNR of a Terminally ill patient who attempts suicide? *HEC Forum.* 2016;28(2):169-74. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10730-015-9289-1>
33. Soto Núñez C, Rubio Acuña M, Córdova Herrera M. Dilemas éticos en torno al cuidado de personas en estado vegetativo. *Enferm Glob.* 2013;12(29):297-306. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100016
34. Trarieux S, Moreau S, Gourin M-P, Penot A, de Lafont GE, Preux P-M, et al. Factors associated with the designation of a health care proxy and writing advance directives for patients suffering from haematological malignancies. *BMC Palliat Care.* 2014;13(1):57. DOI: <http://doi.org/10.1186/1472-684X-13-57>
35. Andrés F, Navarro B, Párraga I, García T, Jiménez M, López J. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit.* 2012;26(6):570-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.007>

36. Wiesing U, Jox RJ, Heßler H-J, Borasio GD. A new law on advance directives in Germany. *J Med Ethics*. 2010;36(12):779. DOI: <http://doi.org/10.1136/jme.2010.036376>
37. Yllera C. ¿Cumplimos nuestros deberes respecto a los documentos de voluntades anticipadas? *Rev Bioét Derecho*. 2014;(32):82-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000300008>
38. Sudore RL, Barnes DE, Le GM, Ramos R, Osua SJ, Richardson SA, et al. Improving advance care planning for English-speaking and Spanish-speaking older adults: Study protocol for the prepare randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011705. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011705>
39. Devnani R, Slaven JE, Bosslet GT, Montz K, Inger L, Burke ES, et al. How surrogates decide: A secondary data analysis of decision-making principles used by the surrogates of hospitalized older adults. *J Gen Intern Med*. 2017;32(12):1285-93. DOI: <http://doi.org/10.1007/s11606-017-4158-z>
40. Feely MA, Albright RC, Thorsteinsdottir B, Moss AH, Swetz KM. Ethical challenges with hemodialysis patients who lack decision-making capacity: Behavioral issues, surrogate decision-makers, and end-of-life situations. *Kidney Int*. 2014;86(3):475-80. DOI: <http://doi.org/10.1038/ki.2014.231>
41. Robins Browne K., Palmer V., Komesaroff P. An unequivocal good? Acknowledging the complexities of advance care planning. *Intern Med J*. 2014;44(10):957-60. DOI: <https://doi.org/10.1111/imj.12556>
42. Aguilar JM, Cabañero MJ, Fernández FP, Lados M, Fernández J, Cabrero J. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2018;32(4):339-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.006>
43. González L, Cantillo J. Abordaje diagnóstico de la enfermedad glomerular del adulto. Transformando una idea compleja en un proceso práctico. *Acta Med Colomb*. 2013;38(2). Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/cont.php?id=223&id2=2016>
44. Arimany J, Aragonès L, Gómez E-L, Galcerán E, Martín C, Torralba F. El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España. *Rev Esp Med Leg*. 2017;43(1):35-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5903659>
45. Beauchamp TL. *Principles of biomedical ethics*. 5 ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
46. Sapag M. *Bioética: al encuentro de una conciencia*. Escritos de Bioética. 2009;3:90-2. DOI: <https://doi.org/10.34720/zgsz-8503>
47. Allen EB, Dan WB. *Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada*. México: Fondo de Cultura Económica/ Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
48. Bellver V. *Bioética y cuidados de enfermería*. En: *La condición vulnerable del ser humano*. Valencia: Cecova; 2014. Pp. 39-56.
49. Ramírez OJG, Carrillo GM, Cárdenas DC. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. *Enferm Glob*. 2016;15(44):321-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400013

ANEXOS

Tabla 1. Resultado de búsqueda de artículos con palabras clave en bases de datos.

Base de datos	Estrategia y filtro	Nº Reg	Nº lectura full text	Tipo de estudio
ProQuest	Términos: (advanced health care directive) AND ethics Texto completo evaluado por expertos	212	4	Revisión sistemática: 2 Revisión de caso: 1 Estudio experimental prospectivo: 1
PubMed	("Advance Directives/classification"[Mesh] OR "Advance Directives/epidemiology"[Mesh] OR "Advance Directives/ethics"[Mesh] OR "Advance Directives/history"[Mesh]) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND "loattrfull text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms])	20	6	Ensayo controlado, aleatorizado: 1 Revisión sistemática: 3 Serie de casos: 1 Estudio retrospectivo observacional: 1
Philosophy (JSTOR)	Advanced health care directive AND ethics content type publication: journals date: 2010 to 2018	89	4	Revisión sistemática: 3 Entrevista focalizada: 1
SciELO	(Voluntades anticipadas AND work_subject_categories: OR "medical ethics" OR "ethics" OR "geriatrics & gerontology") AND year_cluster: ("2013" OR "2010" OR "2012" OR "2011" OR "2014" OR "2015" OR "2016") AND type: ("research-article")	11	6	Revisión sistemática: 2 Estudio descriptivo: 4
Web of Science	Términos: (advanced health care directive) AND ethics Acceso abierto	204	11	Ensayo controlado aleatorizado: 2 Revisión sistemática: 1 Estudio descriptivo y multicéntrico: 1 Prevalencia de la sección transversal multicéntrico: 1 Encuesta transversal descriptiva: 4 Estudio mixto (cuali/cuanti): 2 Estudio de caso: 1
TOTAL		536		31

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Detalle de artículos seleccionados.

Num.	Autores	Título	Población	Idioma	Tipo de estudio
1	Vearrier, 2016	Failure of the current advance care planning paradigm: Advocating for a communications-based approach	NA	Inglés	Revisión sistemática
2	Carter <i>et al.</i> , 2016	Advance care planning in Australia: What does the law say?	NA	Inglés	Revisión sistemática
3	Campo-Engelstein <i>et al.</i> , 2016	Should health care providers uphold the DNR of a terminally ill patient who attempts suicide?	Mujer de 68 años que padecía un tumor glioblastoma multiforme de grado 4	Inglés	Reporte de caso
4	Scott <i>et al.</i> , 2016	Normalizing advance care planning in a general medicine service of a tertiary hospital: An exploratory study	215 pacientes hospitalizados de 70 años o más con una estadía hospitalaria de más de 5 días que completaron un plan de cuidados por anticipado	Inglés	Estudio experimental prospectivo
5	Gabler <i>et al.</i> , 2016	Default options in advance directives: Study protocol for a randomized clinical trial	270 pacientes de 18 años o más hospitalizados que completaron un plan de directivas anticipadas	Inglés	Ensayo controlado aleatorizado
6	Olsen, 2016	Ethically relevant differences in advance directives for psychiatric and end-of-life care	NA	Inglés	Revisión sistemática
7	Pérez, 2016	Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida	NA	español	Revisión sistemática
8	Robins-Browne K. <i>et al.</i> , 2014	An unequivocal good? Acknowledging the complexities of advance care planning	NA	Inglés	Revisión sistemática
9	Buller, 2015	Advance consent, critical interests and dementia research	Mujer de 78 años y hombre de 75 años que previo a su diagnóstico manifestaron una directiva anticipada	Inglés	Serie de casos
10	Pasalic dario <i>et al.</i> , 2013	The prevalence and contents of advance directives in patients with pacemakers	205 (109 hombres y 96 mujeres) con edad media de 77 años	Inglés	Retrospectivo observacional
11	Wiesing <i>et al.</i> , 2010	A new law on advance directives in Germany	NA	Inglés	Revisión sistemática

Num.	Autores	Título	Población	Idioma	Tipo de estudio
12	Muramoto, 2011	Socially and temporally extended end-of-life decision-making process for dementia patients	NA	Inglés	Revisión sistemática
13	Samanta, 2012	There's nothing new in dying now: Will welfare attorney decision making at end of life make a real difference?	No informado	Inglés	Estudio cualitativo (entrevista focalizada)
14	Cha Sabatino, 2010	The evolution of health care advance planning law and policy	NA	Inglés	Revisión sistemática
15	Atienza Macías <i>et al.</i> , 2015	Aspectos bioético-jurídicos de las instrucciones previas o testamento vital en el contexto normativo	NA	Español	Revisión de la literatura
16	Yllera Sanz, 2014	¿Cumplimos nuestros deberes respecto a los Documentos de Voluntades Anticipadas?	108 sujetos que trabajaban en un centro hospitalario (35 auxiliares de enfermería, 56 enfermeras, 16 médicos)	Español	Estudio descriptivo transversal
17	Soto Núñez <i>et al.</i> , 2013	Dilemas éticos en torno al cuidado de personas en estado vegetativo	NA	Español	Revisión bibliográfica
18	Andrés-Pretel <i>et al.</i> , 2012	Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas	464 sujetos 227 hombres y 237 mujeres	Español	Estudio descriptivo transversal
19	Nebot <i>et al.</i> , 2010	Morir con dignidad: estudio sobre voluntades anticipadas	Análisis de los registros extraídos mediante muestreo sistemático de 6492 documentos de voluntades anticipadas	Español	Estudio descriptivo
20	Sarmiento-Medina <i>et al.</i> , 2012	Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal	Análisis de la información secundaria obtenida de 513 archivos físicos	Español	Estudio descriptivo exploratorio

Num.	Autores	Título	Población	Idioma	Tipo de estudio
21	Fried <i>et al.</i> , 2018	Increasing engagement in advance care planning using a behavior change model: Study protocol for the STAMP randomized controlled trials	484 participantes	Inglés	Ensayo controlado aleatorizado
22	Trarieux-Signol <i>et al.</i> , 2018	Advance directives from hematology departments: The patient's freedom of choice and communication with families	Análisis de 35 registros de voluntades anticipadas	Inglés	Estudio cualitativo descriptivo
23	Devnani <i>et al.</i> , 2017	How surrogates decide: A secondary data analysis of decision-making principles used by the surrogates of hospitalized older adults	Encuestas de 362 representantes que tomaron decisiones (análisis de datos secundarios)	Inglés	Estudio cualitativo
24	Ruseckaite <i>et al.</i> , 2017	Protocol for a national prevalence study of advance care planning documentation and self-reported uptake in Australia	(2450 registros) Auditoría de registros y encuestas a personas de > 65 años	Inglés	Transversal multicéntrico
25	Peicius <i>et al.</i> , 2017	Are advance directives helpful for good end of life decision making: Across sectional survey of health professionals	478 profesionales de la salud (130 psicólogos, 105 farmaceutas, 243 enfermeras)	Inglés	Encuesta transversal
26	Otte <i>et al.</i> , 2016	The utility of standardized advance directives: The general practitioners' perspective	Entrevistas de 23 médicos generales	Inglés	Estudio cualitativo (entrevistas)
27	Sudore <i>et al.</i> , 2016	Improving advance care planning for English-speaking and Spanish-speaking older adults: Study protocol for the PREPARE randomized controlled trial	804 pacientes, 402 para cada idioma (inglés y español)	Inglés	Ensayo controlado aleatorio (ECA)
28	Trarieux-Signol <i>et al.</i> , 2014	Factors associated with the designation of a health care proxy and writing advance directives for patients suffering from hematological malignancies	Análisis retrospectivo de una muestra aleatoria de los registros médicos de 200 pacientes, cruzados con un análisis cualitativo del contenido de las directivas anticipadas	Inglés	Estudio retrospectivo mixto (cuali/cuanti)

Num.	Autores	Título	Población	Idioma	Tipo de estudio
29	Iglesias and de Bengoa Vallejo, 2013	Living wills in the nursing profession: Knowledge and barriers	Encuesta descriptiva administrada a una muestra de enfermeras (454 individuos)	Inglés	Estudio mixto (cuali/cuanti)
30	Bravo <i>et al.</i> , 2011	Are Canadians providing advance directives about health care and research participation in the event of decisional incapacity?	2060 personas: adultos mayores (39%), cuidadores informales (59,9%), médicos (18,3%), investigadores en envejecimiento (34,3%) y miembros de la junta de ética de investigación (47,3%)	Inglés	Encuesta transversal descriptiva
31	Feely <i>et al.</i> , 2014	Ethical challenges with hemodialysis patients who lack decision-making capacity: Behavioral issues, surrogate decision-makers, and end-of-life situations	Hombre de 82 años de edad con enfermedad renal en etapa terminal que requiere de HD ambulatoria tres veces por semana	Inglés	Estudio de caso

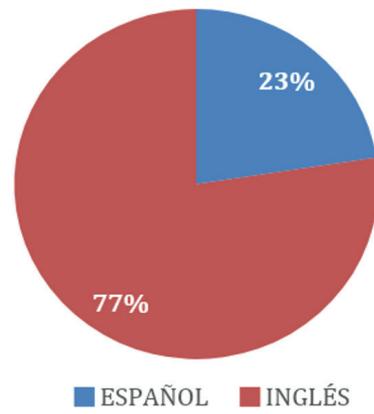
Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Año de publicación



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Idioma de publicación



Fuente: elaboración propia.