




DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1093>

Contenido de los formularios del documento de voluntades anticipadas en los servicios de dolor y cuidado paliativo en Colombia. Estudio de corte transversal

Content of the advance directives form of the pain and palliative care services in Colombia. Cross-sectional study

Ana Milena Álvarez Acuña^a ; Claudia Liliana Buitrago Martín^a ; Alejandra Ceballos Vejarano^a 

^aDepartamento de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Calle 10 No. 18-75, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, 2do piso, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

E-mail: claudiabuitragomd@gmail.com

Resumen

¿Qué sabemos acerca de este problema?

Una de las barreras para la implementación del DVA en el escenario clínico es la falta de formularios institucionales que les faciliten a las personas la elaboración del documento. En Colombia, se desconoce si los formularios de DVA existentes cumplen la validez legal y tienen contenido relevante para ser útiles en la toma de decisiones médicas al final de la vida.

¿Qué aporta este estudio de nuevo?

Los formularios de DVA en las instituciones de dolor y cuidado paliativo participantes tienen un contenido bajo, de acuerdo con los derechos que pueden ser consignados en el DVA, según la literatura científica disponible a la fecha.

El estudio resume los criterios legales, éticos y clínicos para crear o mejorar los formularios de DVA institucionales.

Los hallazgos respaldan la creación de un formulario estructurado, validado por las asociaciones médicas de cuidado paliativo en Colombia.

¿Cómo citar este artículo?

Álvarez Acuña AM, Buitrago Martín CL, Ceballos Vejarano A. Content of the advance directives form of the pain and palliative care services in Colombia. Cross-sectional study. Colombian Journal of Anesthesiology. 2024;52:e1093.

Introducción: La literatura científica respalda el limitado efecto del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en las decisiones clínicas. Hay barreras en su implementación que impiden el cumplimiento de su propósito. En Colombia, el contenido de los formularios del DVA no ha sido explorado.

Objetivo: Describir el contenido del formulario del DVA que se utiliza en los servicios de dolor y cuidado paliativo.

Métodos: Estudio de corte transversal. Con base en la legislación nacional y los derechos descritos en la literatura científica que se pueden incluir en un DVA, se diseñó una lista de verificación con 20 variables para evaluar los formularios, extrayendo datos sobre los criterios de validez legal y de contenido para voluntades clínicas y éticas específicas. Se aplicó una escala predefinida para describir el contenido general del formulario.

Resultados: Se analizaron 24 formularios en todo el país; el más completo tenía 14 variables de las 20 evaluadas. El 70 % de los formularios contenían un máximo de 10 variables, categorizadas como "Contenido bajo", de acuerdo con la definición aplicada. Cuatro formularios no tenían un tipo de formalización. Solo los formularios formalizados ante médico tratante cumplen la norma legal. El 50 % de los formularios contenían enunciados cerrados.

Conclusiones: Los formularios de DVA presentan deficiencias en los criterios legales, éticos y clínicos para un contenido de alta calidad, lo que conlleva un problema para su aplicabilidad en el escenario clínico. En Colombia, se necesita un formulario estándar validado por las asociaciones médicas de cuidado paliativo.

Palabras clave: Documento de voluntades anticipadas; Formulario; Voluntad anticipada; Atención final de la vida; Planificación anticipada de la atención; Colombia.

Abstract

Introduction: The scientific literature supports the limited effect of the Advance Directives Document (ADD) in clinical decision-making. There are implementation barriers that prevent the fulfillment its purpose. The content of the ADD has not been explored in Colombia.

Objective: To describe the contents of the ADD used in the pain and palliative care services.

Methods: Cross-sectional study. Based on the national legislation and the rights that may be included in an ADD as described in the scientific literature, a checklist was designed with 20 variables to assess the forms, collecting data on the legal validity criteria and the contents for specific clinical and ethical directives. A predefined scale was used to describe the overall content of the form.

Results: A total of 24 forms around the country were analyzed; the most comprehensive document included 14 of the 20 variables evaluated. In accordance with the definition used, 70 % of the forms had a maximum of 10 variables and were classified as "low content". Four forms were not formalized and only the forms formalized before the treating physician met the legal standard. 50 % of the forms included closed statements.

Conclusions: The ADD forms exhibit a number of inadequacies in terms of the legal and clinical criteria for a high quality content, leading to difficulties for their applicability in the clinical setting. In Colombia, a standard form validated by the palliative care associations is required.

Keywords: Advance directives document; Forms; Advance directives; End-of-life care; Advance care planning; Colombia.

INTRODUCCIÓN

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) es una herramienta ética que adquiere cada vez más relevancia en la práctica clínica asistencial. Aunque las Voluntades Anticipadas (VA) no ofrecen todas las respuestas, ni las más precisas a cada uno de los escenarios clínicos, problemas y conflictos en la atención de pacientes no competentes (1,2), sí constituyen una buena guía en el proceso de toma de decisiones médicas al final de la vida (EoL, por las iniciales en inglés de end of life), sustentadas en el respeto a la persona bajo la expresión del principio de autonomía prospectiva (3,4).

Hay quienes están a favor de los DVA elaborados por la persona sin un formulario estándar. El inconveniente radica en la calidad del contenido y en la redacción imprecisa (5). En este mismo escenario se han identificado otros obstáculos para el respeto y cumplimiento de las VA, entre ellos, la preocupación de los médicos por la validez legal de la VA, la falta de relevancia clínica, la solicitud de tratamientos irrazonables o inútiles (6). Adicionalmente, hay evidencia del poco efecto del DVA en la práctica clínica (5,7,8). Pese a lo anterior, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) ha propuesto la creación de formularios institucionales para facilitarles a las personas la

elaboración y aumentar la tasa de diligenciamiento del DVA dentro de los programas de Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) (9).

En Colombia, el derecho a suscribir el DVA está aprobado por la Ley 1733 de 2014 (10) y las normas para su elaboración están reglamentadas en la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (11). El DVA escrito tiene tres modalidades de formalización: ante notario, ante el médico tratante o ante dos testigos y, cada formalización debe cumplir unos requisitos de validez legal (11). Estudios previos informan una baja tasa (10,5 %) de instituciones con formularios de DVA (12). Se desconoce si los formularios de DVA existentes cumplen la validez legal y tienen contenido relevante para ser útiles en la toma de decisiones médicas al EoL. En este estudio, el objetivo fue describir el contenido del formulario de DVA que se utiliza en los servicios de dolor y cuidado paliativo en Colombia.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio de corte transversal. Se utilizó un muestreo no probabilístico e incluyó invitación a la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP), Asociación Cuidados Paliativos de Colom-

bia (ASOCUPAC) y el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP). La estrategia de recolección cumplió dos fases. Primero, cada asociación envió la invitación dos veces con un intervalo de una semana, a los correos electrónicos de los profesionales e instituciones de salud afiliadas y registradas en sus bases de datos al 31 de mayo de 2022. Asimismo, se realizó una invitación pública en la página web de cada asociación. En la segunda fase, se hizo contacto telefónico para recordar la participación.

La recolección de los formularios se hizo entre el 1 de junio y el 31 de agosto de 2022. Para ser elegibles, todos los formularios de DVA cumplieron la autorización tácita de participación voluntaria mediante el envío del formulario al correo electrónico institucional de los investigadores. El formulario de DVA con texto borroso o mal impreso se excluyó del estudio.

Una de las investigadoras (CLBM), sin participación en la evaluación de los formularios, guardó la confidencialidad institucional borrando el logotipo y asignando un código numérico para cada formulario. Luego, construyó una base de datos anonimizada con la muestra del estudio y cada formulario solo fue identificado por su código en todo el proceso de investigación.

Dos investigadoras (AMÁA y ACV) evaluaron una copia de cada formulario anonimizado de forma independiente mediante

Tabla 1. Lista de verificación para la evaluación de contenido de los formularios de DVA.

N.º	Variables	Contempla		Observaciones	Referencias
		Sí	No		
1	Contenido mínimo				Artículo 4, Resolución 2665 de 2018 (11)
	Ciudad y fecha de expedición del documento				
	Nombres, apellidos y documento de identificación del declarante				
	Indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coacción y que conoce y está informado de las implicaciones de su declaración				
	Firma de la persona declarante				
2	El formulario contempla la formalización ante notario				Artículo 6, Resolución 2665 de 2018 (11)
3	El formulario contempla la formalización ante dos testigos				Artículo 7, Resolución 2665 de 2018 (11)
4	El formulario contempla la formalización ante el médico tratante				Artículo 8, Resolución 2665 de 2018 (11)
5	El declarante puede indicar antecedentes patológicos personales y existe un espacio de texto abierto para agregar respuesta				(1,14,15)
6	Contempla o propone escenarios clínicos críticos de emergencia para identificar los objetivos y preferencias puntuales de los pacientes				(9,13,14,16)
7	Pregunta a la persona por cualquier otra preferencia médica no contemplada y existe un espacio de texto abierto para agregar respuesta				(9)
8	Contempla o propone una escala de historial de valores				(14,16)
9	Pregunta a la persona por sus valores y preferencias para EoL y existe un espacio de texto abierto para agregar respuesta				(9,14)
10	Pregunta a la persona por su significado de calidad de vida y existe un espacio de texto abierto para agregar respuesta				(12,14,16)
11	Pregunta a la persona por su significado de muerte digna y existe un espacio de texto abierto para agregar respuesta				(14,16)
12	Pregunta a la persona sí/no desea atención en cuidados paliativos al EoL				Ley 1733 de 2014 (10). Artículos 9 y 13, Resolución 0971 de 2021 (18)
13	Contempla la decisión personal de ser donante de órganos para el trasplante, la educación o la investigación				Parágrafo 1, artículo 4, Resolución 2665 del 2018 (11,13,14,16)
14	Contempla la solicitud del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia por el paciente y existe un espacio de texto abierto para los escenarios clínicos deseados de aplicación por el paciente				Artículos 6 y 14, Resolución 0971 de 2021 (13,14,18)
15	Da la opción al paciente de escribir el nombre de su representante legal ante el equipo médico (uno o más sustitutos en orden de prioridad)				(13,14,16,18)
16	Permite al individuo escribir el nombre de personas que serán excluidas de la toma de decisiones de atención médica				(16)
17	Indaga por la elección de permanecer en casa al EoL				(13,14)
18	Indaga por el derecho de solicitar el apoyo espiritual, religioso y moral que comulga con sus creencias y sus necesidades				(13,14)
19	Pregunta a la persona por peticiones posterior a su muerte				(14,15)
20	El formulario tiene un anexo de instrucciones para complementar el documento				(14)

Fuente: Autoras.

la lista de verificación impresa (Tabla 1). Las discrepancias en la evaluación se solventaron mediante la deliberación de los dos revisores, quienes llegaron a una decisión final mediante consenso. En caso de persistencia del desacuerdo, la evaluación final podía ser definida por el investigador CLBM; sin embargo, esto no ocurrió.

Análisis de contenido

Las variables para la evaluación de contenido fueron los derechos descritos en la literatura científica (1,9,12-16,18) y en la legislación nacional (10,11,17) que pueden incluirse en el DVA, hasta la fecha del estudio. Los datos de validez legal del DVA están consignados en la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual describe el contenido mínimo y los requisitos de formalización ante notario, ante el médico tratante o ante dos testigos (11). Con base en el anterior marco conceptual, se elaboró una lista de verificación (ÁMAA), revisada y aprobada (CLBM y ACV) que contiene 20 variables, agrupadas en criterios legales, clínicos y éticos (Tabla 1). Cada variable de estudio se calificó como "Cumple: sí/no" para identificar la presencia (sí) o ausencia (no) de la misma.

La lista de verificación fue probada en formularios DVA de sitios web de acceso público. Se utilizaron los términos de búsqueda: formulario, DVA y Colombia en el motor de búsqueda de Google. No hubo cambios en las variables del formulario. Ante la ausencia en la literatura científica de una escala validada para evaluar la calidad de los formularios de DVA, los investigadores aplicaron una escala predefinida para describir el contenido general del formulario de la siguiente manera: Contenido bajo (menos del 50 %, si incluyeron 10 o menos de las 20 variables propuestas en el estudio); Contenido medio (entre el 50 % y el 75 %, si incluyeron entre 11 y 15 variables), y Contenido alto (más del 75 %, si incluyeron más de 15 variables).

Análisis estadístico

Se realizó doble tabulación (AMÁA y ACV) y verificación de coincidencia de las dos bases de datos en Microsoft Excel®. El análisis estadístico se ejecutó en el programa Stata® 17.0. Las variables cualitativas se describieron por medio de frecuencias absolutas y relativas y el análisis fue completamente descriptivo.

RESULTADOS

Se recopilaron y analizaron 24 formularios de DVA de diferentes ciudades del territorio nacional (Material complementario 1). Dada la multiplicidad de listas de correo de profesionales médicos e instituciones entre las asociaciones participantes, no fue posible calcular una tasa de respuesta. La Tabla 2 muestra la presencia o ausencia de las variables de estudio para el análisis de contenido.

Contenido general de los formularios

El mayor número de variables contempladas en un formulario fue de catorce (n=14/20). Ninguno de los formularios incluyó las 20 variables de estudio propuestas. El 70,8 % (n=17/24) de los formularios incluyó menos de 10 variables y el 29,2 % (n=7/24) de los formularios entre 11 y 15 variables de las propuestas para el análisis (Tabla 3). La mitad de los formularios estaban redactados en texto cerrado y la otra mitad eran formularios mixtos con texto cerrado y espacios abiertos.

Criterios legales

Solo uno de los 24 formularios no cumplía los criterios de contenido mínimo (n=1/24). Este formulario autorizaba a un familiar o representante legal a elaborar un DVA en nombre del paciente. Se encontró que cuatro formularios no incluyen ningún tipo de formalización al final del texto, por lo que no tienen validez legal.

La formalización del DVA ante testigos se presentó en 16 de los 24 formularios, pero solo siete (n=7/16) cumplen la validez legal. La formalización del DVA ante testigos cumple la validez legal cuando: los dos testigos son libres de inhabilidades para asumir la posición de garante, se identifican y suscriben el DVA en los mismos términos exigidos para el otorgante según artículo 7, Resolución 2665 de 2018 (11).

La formalización del DVA ante un médico se encontró en 15 de los 24 formularios participantes, de los cuales, catorce formularios (n=14/15) cumplieron los criterios de validez legal. La formalización del DVA ante médico debe llevar los nombres, apellidos, número de registro médico y documento de identificación del médico tratante en adición a la firma de este, no requiere testigos (Artículo 8, Resolución 2665 de 2018).

La validez legal del DVA ante notario se cumple cuando el documento es formalizado mediante escritura pública (11).

De los 24 formularios de DVA en esta revisión, 17 contemplan la designación o nombramiento de un representante legal en el documento, de ellos solo 7 (7/17) exigen la firma del representante legal para darle validez al documento (Figura 1).

Voluntades específicas

El concepto de calidad de vida estaba explícito en el texto del formulario sin que el paciente pudiera aceptar o rechazar la definición estipulada por la institución en once formularios y solo cuatro de ellos presentaron espacio abierto para agregar el concepto personal. De igual manera, la definición del derecho a la atención de cuidados paliativos se presentó en el texto de 17 formularios, pero solo cinco (n=5/17) de estos, tenían la opción sí/no para aceptar o rechazar este derecho por el paciente (Figura 2).

Catorce formularios (n=14/24) indagan la aceptación o rechazo a la preferencia general de donación de órganos, pero solo cuatro formularios (n=4/14) dan la opción

Tabla 2. Frecuencia de cumplimiento de las variables de estudio en los formularios de DVA participantes.

N.º	Variable	¿El formulario contempla la variable?		Formularios que cumplen los requisitos de validez
		Sí n (%)	No n (%)	
Criterios legales				
1	Contenido mínimo del DVA	23 (95,83)	1 (4,17)	
2	Formalización ante notario	8 (33,33)	16 (66,67)	Escritura Pública
3	Formalización ante dos testigos	16 (66,67)	8 (33,33)	7/16
4	Formalización ante el médico tratante	15 (62,5)	9 (37,5)	14/15
5	Representante legal en salud	17 (70,83)	7 (29,17)	7/17
6	Directiva de negación de representación o apoderado	0	24 (100)	
7	Anexo de instrucciones para cumplimentar el documento.	4 (16,67)	20 (83,33)	
Criterios clínicos				
8	Antecedentes patológicos	0	24 (100)	
9	Escenarios clínicos de emergencia	13 (54,17)	11 (45,83)	
10	Otra preferencia médica no contemplada	16 (66,67)	8 (33,33)	
11	Preferencia de atención en cuidados paliativos	17 (70,83)	7 (29,17)	5/17
12	Donación de órganos con fines médicos, de educación o de investigación	14 (58,33)	10 (41,67)	4/14
13	Valores y preferencias para el final de la vida	17 (70,83)	7 (29,17)	
Criterios éticos				
14	Contenido sobre la historia de valores	0	24 (100)	
15	Solicitud del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia y escenarios clínicos deseados de aplicación por el paciente	7 (29,17)	17 (70,83)	4/7
16	Significado de calidad de vida	11 (45,83)	13 (54,17)	4/11
17	Significado de muerte digna	0	24 (100)	
18	Elección de permanecer en casa al final de la vida	8 (33,33)	16 (66,67)	
19	Derecho de solicitar sí/no el apoyo espiritual, religioso y moral	8 (33,33)	16 (66,67)	
20	Peticiones posterior a su muerte	2 (8,33)	22 (91,67)	

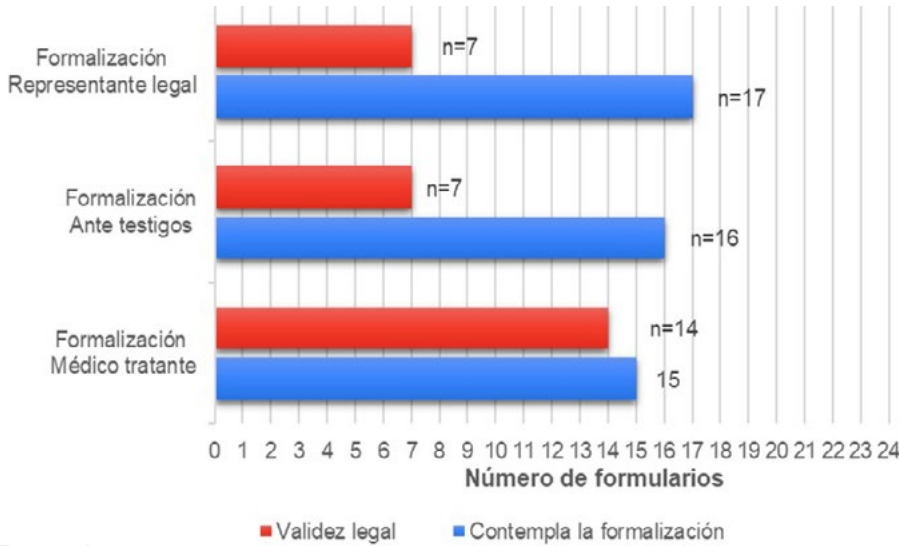
Fuente: Autoras.

Tabla 3. Nivel de contenido general de los formularios de DVA participantes.

Número de variables contempladas por formulario	Número de formularios	Porcentaje de formularios	Nivel de contenido
1-10	17	70,83	Bajo
11-15	7	29,16	Medio
16-20	0	0	Alto
Total	24	100	

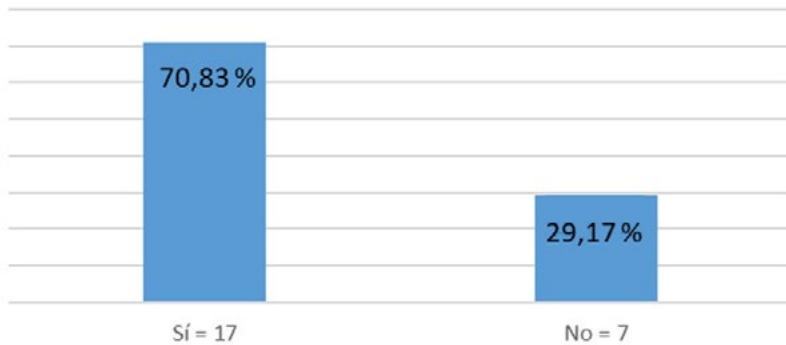
Fuente: Autoras.

Figura 1. Número absoluto de formularios formalizados y número de formularios de DVA con validez legal.



Fuente: Autoras.

Figura 2. Porcentaje de formularios de DVA que contemplan el derecho a la atención en cuidados paliativos.



Fuente: Autoras.

Tabla 4. Variables emergentes de la evaluación de contenido en cada formulario.

N.º	Variables	Formulario contempla n (%)	
		Sí	No
1	Informa del derecho a revocar el DVA	7 (29,17)	17 (70,83)
2	Continuar y aplicarse la eutanasia si previamente estaba en trámite el protocolo de muerte digna por medio de la eutanasia	1 (4,2)	23 (95,8)
3	Contempla la objeción de conciencia o negación médica a cumplir la VA y ser transferida la VA a otro profesional	5 (20,83)	19 (79,17)
4	Contempla la suspensión temporal de la VA ante un estado de embarazo	3 (12,5)	21 (87,5)
5	Contempla el derecho a autorizar a familiares y/o terceros a acceder a la historia clínica	2 (8,33)	22 (91,67)
6	Pregunta a la persona si (no) desea participar en investigaciones clínicas o protocolos científicos	1 (4,17)	23 (95,83)

Fuente: Autoras.

de elegir por cada finalidad de la donación: con fines de trasplante, investigación científica o docencia (Tabla 2).

De los 24 formularios de DVA en esta revisión, 7 formularios (n=7/24) contemplan derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia con posibilidad de elección (sí o no) para el paciente pero solo 4 formularios (n=4/7) presentan escenarios clínicos concretos y claros preestablecidos en el texto. Sin embargo, los formularios no tenían espacio abierto para agregar otros escenarios clínicos y, un solo formulario contempló la continuación del protocolo y aplicación de la eutanasia si estaba previamente en proceso.

Adicionalmente, ninguno de los formularios incluía asuntos relacionados con antecedentes patológicos, concepto propio de muerte digna, historia de valores o nombre de personas por excluir de la toma de decisiones médicas. Finalmente, en la evaluación de los formularios se encontraron variables emergentes no contempladas en el estudio (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que los formularios de DVA en las instituciones de dolor y cuidado paliativo participantes en Colombia tienen un contenido bajo, de acuerdo con los derechos que pueden ser consignados en el DVA, según la literatura científica disponible hasta la fecha de elaboración de este trabajo. No existen instrumentos validados para evaluar la calidad de los formularios de DVA. Sin embargo, basándose en los criterios aplicados, el análisis de contenido indica deficiencias en la validez legal, la falta de información de variables clínicas y éticas y de espacios abiertos para agregar voluntades adicionales o preferencias individuales.

Los requisitos de validez legal de los formularios se cumplen más fácilmente con la formalización del DVA ante el médico tratante. Cabe mencionar que el paciente es la única persona que puede elaborar y firmar su propio DVA (11,19). Los formularios que contemplan la designación de un representante legal requieren la firma de este para corroborar

la aceptación en el nombramiento, la existencia del DVA, la comprensión de las VA del signatario y obtener su validez legal (17,20). Por otra parte, solo cuando el DVA cumple los criterios de validez legal (4,11) se puede proceder al análisis de los criterios éticos de las VA (3). En este sentido, estudios publicados muestran que si el médico tiene dudas sobre la legitimidad del DVA, es probable que aplique su criterio clínico que puede o no alinearse con las preferencias de la persona (6,19). Los resultados del presente estudio resaltan la oportunidad de mejora en los formularios apoyándose en una educación médica continua para aclarar los aspectos conceptuales, clínicos, éticos y legales del DVA en el país (12).

Las variables éticas se contemplan poco en los formularios comparadas con las variables clínicas. Los conflictos éticos al EoL en la relación médico-familia y médico-médico se pueden prevenir cuando el DVA contempla el concepto de calidad de vida, el concepto de muerte digna, el derecho de morir con dignidad a través de la eutanasia y un historial de valores (21). El historial de valores proporciona utilidad para la toma de decisiones sustitutas en ausencia de DVA o en presencia de DVA que no responda a las preguntas precisas (15,16). El DVA y el historial de valores dentro de un programa PDA genera confianza, refuerza la validez ética y la fuerza vinculante de la VA desde la perspectiva del médico, lo cual es crucial, ya que ellos son los responsables del cumplimiento de la VA (3).

La falta de formularios adecuados para el paciente y el fácil acceso de los DVA cumplimentados para el médico, se han encontrado como un problema de implementación (9,19,22,23). De igual manera, existe una barrera de aplicabilidad clínica cuando hay fallas en la validez legal (19) y de contenido en el DVA (5,6). Por ejemplo, en Australia, una reciente auditoría nacional multicéntrica de DVA cumplimentados encontró la falta de DVA adecuados (formularios accesibles, completados por la persona y de calidad legal) como un problema a la hora de respaldar una decisión médica y, de hecho, podrían ser considerados un error médico (19).

El derecho a suscribir un DVA (11) debe ir más allá del simple hecho de proporcionar un formulario estándar (24). En este sentido, los estudios han demostrado un conocimiento deficiente de las situaciones clínicas particulares y la implicación de las decisiones sobre las terapias médicas cuando el DVA es completado de forma autónoma por el paciente sin involucrar al médico (20). Por lo tanto, los esfuerzos institucionales y de los profesionales de la salud deberían focalizarse en la implementación de programas de PDA (6,9,25,26) para garantizar la toma de decisiones informadas, las cuales pueden o no incluir la elaboración de un DVA (9,24,27,28). Con la citada perspectiva, el formulario estándar puede utilizarse como una valiosa herramienta ética y clínica para iniciar, guiar y evaluar las conversaciones y decisiones de la atención al EoL (9,24).

El presente documento constituye una estructurada evidencia inicial para la literatura científica, el cual evalúa la calidad del contenido de los formularios de DVA de acuerdo con variables legales, éticas y clínicas en las unidades de dolor y cuidado paliativo en Colombia. Al respecto, en la literatura hay reportes de evaluación desde indicadores de calidad legal en DVA cumplimentados en instituciones de salud por Buck et al. y en las plantillas de DVA en línea por Luckett et al., ambos en Australia (19,23). También, otros autores analizan el indicador de calidad con criterios de legibilidad (29,30) demostrando que los DVA superan el nivel de lectura promedio de los adultos tanto en EE.UU. como en Canadá, con la consecuente limitación en la comprensión de las implicaciones y consecuencias de las decisiones tomadas por el paciente para la atención al EoL.

Las limitaciones del estudio incluyen el tamaño de la muestra. Los participantes fueron reclutados mediante muestreo por conveniencia, lo que puede comprometer la generalización, dada su no certeza representativa de todos los formularios de DVA existentes en el país. Dicho fenómeno se deriva de, primero, la participación institucional voluntaria y, segundo, de la conocida desconfianza a la participación en temas

sensibles con documentos privados, a pesar de la garantía de anonimato y el carácter académico de los resultados. Así mismo, mejorar la calidad de los formularios de DVA implica mucho más que ajustar el contenido, se debe garantizar que el texto y el diseño visual sean comprensibles para los pacientes según el nivel de alfabetización sanitaria del país (24,20,30-32). En este sentido, los autores consideraron que el análisis de legibilidad de los formularios merece un diseño de estudio independiente. No se evaluaron las características de formato (por ejemplo, tamaño de fuente y espaciado, extensión de palabras, gráficos, diseño), lo que podría afectar la legibilidad y la calidad de los formularios.

Como futuro estudio, se propone el diseño de un único formulario estructurado por las asociaciones médicas de cuidado paliativo. En una segunda investigación se debería evaluar la validez externa o aplicabilidad del formulario estándar diseñado a un grupo poblacional dentro de un estudio multicéntrico y, concomitantemente, valorar su utilidad en los programas de PDA y en la calidad de la atención al EoL desde la perspectiva de pacientes, familiares y médicos. Se les sugiere a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS) tener disponible un formulario en las páginas web oficiales (23) e integrar el DVA cumplimentado en las historias clínicas electrónicas (9,22). Idealmente, las instituciones internacionales de cuidado paliativo contemplaran crear un marco conceptual de criterios y recomendaciones para el desarrollo de formularios de DVA que pueden ser guía para la práctica clínica y la investigación (9,23). Por último, en Colombia se debe adelantar un estudio para caracterizar la implementación de los programas de PDA.

CONCLUSIONES

Los resultados indican deficiencias en el contenido de los formularios de DVA en los servicios de dolor y cuidado paliativo participantes. En Colombia se requiere un único

formulario estándar nacional, en un trabajo liderado conjuntamente por las instituciones universitarias y las asociaciones médicas de cuidado paliativo.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Aval de comité de ética

El Comité de Ética y el Comité de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) aprobó el estudio mediante Acta 657 del 1 de junio de 2022.

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de los participantes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

RECONOCIMIENTOS

Contribución de los autores

Todos los autores han aportado en partes iguales en el diseño del estudio; en la recolección y tabulación de datos; en el análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica y aprobación del manuscrito final.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Apoyo financiero y patrocinio

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos utilizados y/o analizados de este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Presentaciones

Tesis de grado de la Especialización de Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José, de AMÁA.

Ganador Tercer Puesto en el Concurso Póster. VI Congreso Colombiano de Cuidados Paliativos ACCP. Bogotá, 19 de agosto de 2023.

Presentación oral en la XXXVI Jornada de Investigaciones de Posgrado de Medicina Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José Centro. Bogotá, 28 de julio de 2023.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los profesionales de la salud, instituciones y asociaciones médicas ACCP, OCCP y ASOCUPAC, por su participación y hacer realidad la investigación. Al profesor Omar Segura, de la Vicerrectoría de Investigación FUCS, por su ayuda en el análisis estadístico. Igualmente, nuestra gratitud a la Dra. María Inés Sarmiento Medina, Dr. Julián Camilo Riaño Moreno, Dr. Víctor Hugo González Cárdenas y a los dos pares académicos por sus valiosos aportes, quienes con el conocimiento y experiencia de sus disciplinas lograron llevar el manuscrito a una excelente calidad.

REFERENCIAS

1. Singer PA, Thiel EC, Salit I, Flanagan W, Naylor CD. The HIV-specific advance directive. *J Gen Intern Med.* 1997;12(12):729-35. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07157.x>.
2. Blanco LG. Directivas Anticipadas. En: J. C. Tealdi, eds. *Diccionario Latinoamericano de bioética* [internet]. Bogotá: UNESCO, Universidad Nacional de Colombia; 2008 [citado: 2023 ene 24]. p. 425-7. Disponible en: <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bio-%C3%A9tica-UNESCO.pdf>.
3. Olick RS. On the scope and limits of advance directives and prospective autonomy. En: Lack P, Biller-Andorno N, Brauer S, eds. *International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, vol 54. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7377-6_4.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press; 2001.
5. Teno JM, Licks S, Lynn J, Wenger N, Connors AF, Phillips RS, et al. Do advance directives provide instructions that direct care? SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(4):508-12. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb05179.x>.
6. Moore N, Detering KM, Low T, Nolte L, Fraser S, Sellars M. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. *BMJ Open.* 2019;9(10):e032638. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032638>.
7. Emanuel L. How living wills can help doctors and patients talk about dying. *BMJ.* 2000;320(7250):1618-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7250.1618>.
8. Herreros B, Benito M, Gella P, Valenti E, Sánchez B, Velasco T. Why have advance directives failed in Spain? *BMC Med Ethics.* 2020;21(1):113. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00557-4>.
9. Lasmarías C, Delgado Girón S, Rietjens JAC, Korfage IJ, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliat.* 2019;26(3):236-49. doi: <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1019/2018>

10. Congreso de la República de Colombia. Ley 1733 de 2014 [Internet]. Bogotá; 2014 [citado: 2022 may 04]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2665 de 2018 [Internet]. Bogotá; 2018 [citado: 2022 may 04]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%202665%20de%202018.pdf.
12. Álvarez Acuña AM, Gomezese Ribero ÓF. Advance directives document: knowledge and experiences of healthcare professionals in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2022;50(2):e1012. doi: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1012>.
13. Bolívar Góez PL, Gómez Córdoba AI. Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. *Rev Latinoam Bioet*. 2015;16(30-1):128-53. doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.1444>.
14. Siurana Aparisi JC. La idea de sujeto en la ética del discurso de Kart-Otto Apel aplicada al problema de las directrices anticipadas en el ámbito de la ética biomédica. Valencia: Universitat de València; 2001. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/15476?show=full>.
15. Lambert P, Gibson JM, Nathanson P. The values history: an innovation in surrogate medical decision-making. *Law Med Health Care*. 1990;18(3):202-12. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.1990.tb00023.x>.
16. Doukas DJ, McCullough LB. The values history. The evaluation of the patient's values and advance directives. *J Fam Pract*. 1991;32(2):145-53.
17. Howard Zuluaga MA. Las declaraciones de voluntad anticipada y la autonomía de la persona. *Rev Derecho*. 2012;11(21):171-94.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0971 de 2021 [Internet]. Bogotá; [citado: 2022 may 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/resolucion-971-de-2021.pdf>
19. Buck K, Nolte L, Sellars M, Sinclair C, White BP, Kelly H, et al. Advance care directive prevalence among older Australians and associations with person-level predictors and quality indicators. *Health Expect*. 2021;24(4):1312-25. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.13264>.
20. Nauck F, Becker M, King C, Radbruch L, Voltz R, Jaspers B. To what extent are the wishes of a signatory reflected in their advance directive: a qualitative analysis. *BMC Medical Ethics*. 2014;15:52. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-52>.
21. Álvarez Acuña AM, Riaño Moreno JC, López Neira J, Gomezese Ribero OF. Ethical principles and dilemmas in the discourse of healthcare practitioners involved with end-of-life care based on the Advanced Directives Document. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2022;51(1):e1046. doi: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1046>.
22. Hemsley B, Meredith J, Bryant L, Wilson NJ, Higgins I, Georgiou A, et al. An integrative review of stakeholder views on Advance Care Directives (ACD): Barriers and facilitators to initiation, documentation, storage, and implementation. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6):1067-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.007>.
23. Lockett T, Bhattarai P, Phillips J, Agar M, Currow D, Krastev Y, et al. Advance care planning in 21st century Australia: a systematic review and appraisal of online advance care directive templates against national framework criteria. *Aust Health Rev*. 2015;39(5):552-60. doi: <https://doi.org/10.1071/AH14187>.
24. Barker PC, Holland NP, Shore O, Cook RL, Zhang Y, Warring CD, et al. The effect of health literacy on a brief intervention to improve advance directive completion: A randomized controlled study. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:21501327211000221. doi: <https://doi.org/10.1177/21501327211000221>.
25. Rietjens J, Korffage I, Taubert M. Advance care planning: the future. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11(1):89-91. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002304>.
26. Dittborn Bellalta M. Conocimientos y actitudes de profesionales de cuidados paliativos sobre Voluntades Anticipadas. *Rev Col Bioet*. 2018;13(2):36-49. doi: <https://doi.org/10.18270/rcb.v13i2.2393>.
27. Korffage IJ, Carreras G, Arnfeldt Christensen CM, Billekens P, Bramley L, Briggs L, et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS Med*. 2020;17(11):e1003422. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422>.
28. Zwakman M, van Delden JMM, Caswell G, De-liens L, Ingravallo F, Jabbarian LJ, et al. Content analysis of Advance Directives completed by patients with advanced cancer as part of an Advance Care Planning intervention: insights gained from the ACTION trial. *Support Care Cancer*. 2020;28(3):1513-22. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04956-1>.
29. Richard A, Richard J, Johnston W, Miyasaki J. Readability of advance directive documentation in Canada: a cross-sectional study. *CMAJ Open*. 2018;6(3):E406-E11. doi: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180037>.
30. Mueller LA, Reid KI, Mueller PS. Readability of state-sponsored advance directive forms in the United States: a cross sectional study. *BMC Med Ethics*. 2010;11:6. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-11-6>.
31. Sudore RL, Landefeld CS, Barnes DE, Lindquist K, Williams BA, Brody R, et al. An advance directive redesigned to meet the literacy level of most adults: a randomized trial. *Patient Educ Couns*. 2007;69(1-3):165-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.08.015>.
32. Ott BB, Hardie TL. Readability of advance directive documents. *Image J Nurs Sch*. 1997;29(1):53-7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01140.x>.

Material complementario 1. Ciudades de procedencia de los formularios de DVA.

Ciudad	Número de formularios
Armenia	1
Barranquilla	3
Bogotá	6
Bucaramanga	1
Cali	3
Envigado	1
Fusagasugá	1
Manizales	3
Medellín	2
Palmira	1
Pereira	2
Total	24

Fuente: Autoras.