



REVISIÓN

Planificación de decisiones anticipadas: conocimiento, obstáculos, beneficios y aplicación clínica entre los profesionales de la salud. Revisión de la literatura

Patricia Bonilla Sierra, Noelia Trujillo Aguirre y Karen Quizhpe Quizhpe

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). Loja, Ecuador.

Recibido el 10 de abril de 2024

Aceptado el 24 de junio de 2025

PALABRAS CLAVE

Planificación de decisiones anticipadas, cuidados paliativos, barreras, conocimiento, profesionales de la salud.

Resumen

Objetivo: Analizar el conocimiento, la aplicación y las barreras que enfrenta el personal sanitario respecto a la planificación de decisiones anticipadas, así como proponer un modelo de intervención formativa y operativa que facilite su implementación efectiva en los distintos niveles del sistema de salud.

Métodos: Se realizó una búsqueda de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Dialnet, Google Académico, SciELO y Scopus, de los últimos 10 años, la búsqueda comenzó en noviembre de 2023 y finalizó en enero de 2024.

Resultados: Se identificaron 1029 estudios, de los cuales 27 fueron seleccionados según los criterios de inclusión. Los hallazgos se analizaron agrupándolos en 4 áreas temáticas. Conocimiento del personal sanitario sobre la planificación de decisiones anticipadas; Aplicación de la planificación de decisiones anticipadas; Barreras en su implementación; y Calidad al final de la vida. La revisión evidenció que, aunque existe un esfuerzo continuo por ampliar el conocimiento sobre la planificación de decisiones anticipadas, aún persisten lagunas formativas que generan incertidumbre en los profesionales de la salud y dificultan su aplicación en la práctica clínica.

Conclusiones: A pesar del esfuerzo continuo de los profesionales de la salud por capacitarse en planificación de decisiones anticipadas dentro de los cuidados paliativos, su conocimiento

*Autor para correspondencia:

Patricia Bonilla Sierra

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica Particular de Loja. c/ San Cayetano Alto, C. París, Loja, Ecuador

Correo electrónico: vamopan2@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1496/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

sigue siendo limitado. Su implementación facilita la toma de decisiones, reduciendo la angustia en pacientes, familiares y equipo sanitario, además, de evitar procedimientos innecesarios. Es crucial fortalecer la formación en este campo para mejorar la calidad de la atención en el final de la vida.

Advance care planning: knowledge, barriers, benefits and clinical application among healthcare professionals. A literature review

KEYWORDS

Advance care planning, palliative care, barriers, knowledge, healthcare professionals.

Abstract

Objective: To analyze the knowledge, application, and barriers faced by healthcare professionals regarding Advance Care Planning, as well as to propose a formative and operational intervention model that facilitates its effective implementation across different levels of the healthcare system.

Methods: A search of articles published in the databases PubMed, Dialnet, Google Scholar, SciELO, and Scopus, from the last 10 years was carried out, the search began in November 2023 and ended in January 2024.

Results: 1029 studies were identified, of which 27 were selected according to the inclusion criteria. The findings were analyzed by grouping them into 4: Knowledge of healthcare personnel about advance decision planning; Application of advanced decision planning; Barriers in its implementation; and Quality at the end of life. The review evidenced that, although there is an ongoing effort to expand knowledge about advanced decision planning, there are still persistent formative gaps that generate uncertainty in healthcare professionals and hinder its application in clinical practice.

Conclusions: Despite the continuous effort of health professionals to be trained in advance decision planning within palliative care, their knowledge remains limited. Its implementation facilitates decision making, reducing anguish in patients, family members and healthcare team, as well as avoiding unnecessary procedures. It is crucial to strengthen training in this field to improve the quality of end-of-life care.

Bonilla Sierra P, Trujillo Aguirre N, Quizhpe Quizhpe K. Planificación de decisiones anticipadas: conocimiento, obstáculos, beneficios y aplicación clínica entre los profesionales de la salud. *Revisión de la literatura. Med Paliat.* 2024;31:191-212.

INTRODUCCIÓN

La planificación de decisiones anticipadas (PDA) ha experimentado variaciones significativas a lo largo del tiempo, y la ausencia de una definición consensuada ha sido uno de los principales obstáculos para su implementación global^{1,2}. Para abordar esta problemática, la *European Association for Palliative Care* (EAPC) desarrolló un proceso riguroso de consenso internacional mediante el método Delphi, que involucró a 109 expertos de diversos países, incluyendo Europa, Norteamérica y Australia. Este esfuerzo culminó en un consenso sobre una definición ampliada y una breve de la PDA, así como en 41 recomendaciones prácticas. La definición final de la PDA enfatiza la identificación de valores, reflexionar sobre escenarios de enfermedad grave, definir

objetivos y preferencias para futuros tratamientos, discutir estos aspectos con familiares y profesionales de la salud, y registrar y revisar dichas preferencias regularmente. Las recomendaciones incluyen la adaptación del proceso de PDA según la disposición del individuo, la integración de facilitadores no médicos y la necesidad de ajustar la PDA conforme evoluciona la condición de salud del paciente³.

En 2017 se formó el Grupo Español de Trabajo de la Planificación Compartida de la Atención, consolidándose como referente nacional. Este grupo consensuó una definición de PDA que integra publicaciones recientes y añade el concepto de "Toma de decisiones compartidas", definiendo la planificación compartida de la atención (PCA) como un proceso deliberado, relacional y estructurado que facilita la reflexión y la comprensión de la vivencia de la enfermedad y el cuidado

entre todas las personas implicadas. Está centrado en la persona que enfrenta una trayectoria de enfermedad, con el objetivo de identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Este proceso promueve la toma de decisiones compartidas en relación con el contexto actual y los desafíos futuros de atención, especialmente cuando la persona no puede decidir por sí misma⁴.

El concepto de PDA deriva del término anglosajón *Advance Care Planning*, que incluye el *Living Will* o testamento vital y las *Advance Directives* o documentos de voluntades anticipadas³.

La base ética de la PDA radica en la autonomía relacional, la cual influye significativamente en la naturaleza de la interacción terapéutica entre el paciente y su equipo de cuidado, esta destaca que las elecciones individuales influyen y afectan a las relaciones cercanas y a la sociedad⁵. En este proceso participan los pacientes, familiares y el equipo que les atienden. A pesar de los esfuerzos por hallar un consenso de la PDA que promueva el despliegue de este concepto en contextos y en diversos ámbitos asistenciales, es importante conocer las particularidades de su puesta en práctica en relación con muchos aspectos: el entorno asistencial, la trayectoria de enfermedad, las peculiaridades socioculturales y, por supuesto, las necesidades individuales⁶.

Según Toguri y cols.⁷, los pacientes rara vez inician conversaciones por sí mismos; a menudo, los familiares y equipo asistencial presumen los deseos del paciente y lo que sería conveniente en cuanto al tratamiento y atención hasta el final de su vida. Sin embargo, los profesionales de la salud pueden no reconocer la importancia del proceso y desconocer la metodología para entablar conversaciones efectivas con el paciente y su entorno afectivo. Por esto, hay que mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud en esta área, que permita comunicarse eficazmente con pacientes y familiares, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención al final de la vida⁷.

La PDA alcanza una destacada relevancia en el entorno de cuidados paliativos, los cuales son definidos en la actualidad como: “el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida”⁸. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. Persiguen brindar apoyo para aliviar el sufrimiento y promocionar la mejor calidad de vida posible de la persona enferma y los familiares hasta el final, incluso durante el duelo, y son aplicables en todos los ámbitos sanitarios y a todos los niveles⁸.

El enfoque de esta investigación persigue crear conciencia a la comunidad científica sobre el valor de la PDA en la provisión de cuidados a personas en diversos estadios de su enfermedad, destacando la necesidad de un enfoque individualizado que se ajuste a la disposición y capacidad de los profesionales, pacientes y allegados para discutir temas relacionados con la progresión de la enfermedad y el final de la vida^{9,10}.

La integración de estas conversaciones en los sistemas asistenciales varía significativamente en todo el mundo, lo que resalta la importancia de adaptar la PDA a cada estadio de la enfermedad y a las circunstancias legales y culturales de cada región. Además, aunque en muchos países los pacientes pueden expresar sus preferencias respecto a

los cuidados, la capacidad de rechazar tratamientos o exigir ciertos tratamientos es muy diversa. Por lo tanto, es esencial que la comunidad científica promueva y apoye la implementación de la PDA de manera flexible y respetuosa con las realidades locales para asegurar que las decisiones de los pacientes sean valoradas y respetadas, ya que implica cuestionamientos y experiencia médica, la eficacia de ciertas intervenciones y, además, cuestiones éticas y de autodeterminación del paciente, que demanda una atención integral, en cuanto a tratamientos, cuidados, apoyo psicológico, social y espiritual al paciente y a sus familiares¹¹. A pesar del creciente reconocimiento de la PDA en el contexto de los cuidados paliativos, la literatura muestra una implementación irregular, con escasa sistematización y múltiples barreras no resueltas en la práctica clínica. Persiste una falta de formación estructurada, baja integración en los sistemas asistenciales y escasa evidencia sobre estrategias efectivas para su adopción por parte del personal sanitario. Esta revisión narrativa busca abordar estos vacíos mediante una pregunta central: ¿qué conocen los profesionales de la salud sobre la PDA, qué obstáculos enfrentan para aplicarla y qué enfoques podrían facilitar su incorporación efectiva? Esta revisión busca poder ofrecer un modelo práctico para apoyar su implementación real en los distintos niveles del sistema de salud.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de analizar el conocimiento, las barreras y la implementación de la PDA por parte de profesionales de la salud, así como proponer un modelo de intervención. La revisión se diseñó y ejecutó conforme a los criterios de calidad establecidos por la escala *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA)¹².

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se efectuó en 5 bases de datos: PubMed, Scopus, SciELO, Dialnet y Google Académico, incluyendo artículos publicados entre enero 2013 y diciembre 2023. Se utilizaron términos controlados y libres, combinando los descriptores: “Advance Care Planning”, “Palliative Care”, “Knowledge”, “Barriers”, “Healthcare providers”, y sus equivalentes en español, mediante ecuaciones booleanas adaptadas a cada base (Anexo 1).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron artículos científicos, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, documentos de consenso y estudios cualitativos o cuantitativos publicados entre 2013 y 2023, en inglés o español. Los textos debían abordar la perspectiva de profesionales de la salud en relación con la PDA. Se excluyeron trabajos que solo abordaran la perspectiva del paciente o de la familia, así como aquellos sin acceso al texto completo o sin revisión por pares. Los criterios específicos se resumen en la Tabla I.

Tabla I. Criterios de selección de artículos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos en inglés y español revisados por pares Artículos publicados en los últimos 10 años Artículos relacionados con el objetivo Artículos originales Artículos de investigación Revisiones narrativas y sistemáticas	Artículos publicados antes de 2013 Artículos incompletos Artículos de literatura gris

Proceso de selección y evaluación

Dos autores (NT y KQ) revisaron de forma independiente los títulos y resúmenes y posteriormente los textos completos, aplicando los criterios de selección establecidos. Ante discrepancias en la inclusión o exclusión de un estudio, se recurrió a un tercer revisor (PB), quien resolvió por consenso. Se evaluó la relevancia temática, la calidad metodológica básica y la aplicabilidad clínica de los artículos seleccionados, se priorizó la inclusión de estudios con claridad metodológica y aporte sustancial al tema, que fueron revisados por el autor PB. Además, la calidad del artículo fue guiada y evaluada según los criterios del instrumento SANRA. Este instrumento consta de 6 ítems, donde se procuró cumplir con cada uno de estos criterios durante la redacción y estructuración de esta revisión, asegurando su coherencia, justificación clara del objetivo, revisión adecuada de la literatura, relevancia y valor científico para el área de cuidados paliativos¹².

Finalmente, los hallazgos se agruparon en 4 ejes temáticos previamente definidos: (1) conocimiento del personal de salud sobre la PDA, (2) aplicación clínica, (3) barreras en su implementación y (4) beneficios percibidos. Este enfoque temático permitió sintetizar e interpretar los resultados con un enfoque comprensivo y orientado a la práctica clínica.

RESULTADOS

Selección y características de los estudios

La búsqueda bibliográfica manual y en las bases de datos electrónicas (PubMed, Dialnet, SciELO, Scopus y Google Académico) identificó un total de 1029 registros: 66 en PubMed, 18 en Dialnet, 7 en SciELO, 312 en Scopus y 626 en Google Académico. Tras la eliminación de estudios duplicados (132), se conservaron 897 registros únicos.

Posteriormente, se realizó un primer filtrado por título y resumen, mediante el cual se seleccionaron 96 estudios potencialmente elegibles (Figura 1). La selección de resúmenes dejó 63 artículos para la revisión del texto completo, realizado por los autores NT y KQ. El cribado de los textos resultó en 27 estudios que cumplían los criterios de inclusión y el objetivo de esta revisión, mismos que fueron aprobados por el autor PB.

Los estudios incluidos presentaron una diversidad metodológica, identificaron 8 estudios cualitativos, 2 de métodos

mixtos, 1 ensayo controlado aleatorizado, 7 estudios transversales, 1 observacional, 1 multicéntrico transversal descriptivo, 3 revisiones sistemáticas y 4 revisiones narrativas.

Se sintetizaron los hallazgos de estos 27 estudios (Tabla II), los cuales abordaron las actitudes, conocimiento, barreras y prácticas de los profesionales de la salud en relación con la PDA.

Conocimiento del personal sanitario sobre la planificación de decisiones anticipadas

Diversos estudios han puesto de manifiesto la falta de conocimiento generalizado sobre la PDA entre los profesionales de la salud. En un estudio cualitativo realizado con profesionales de oncología y hematología en España, Rodríguez Bermejo y cols. (2018)¹³ identificaron que la falta de formación y conocimiento sobre la PDA es una barrera significativa para su implementación efectiva. Además, el estudio destacó la necesidad de mejorar la comunicación y la colaboración en equipo para asegurar la calidad del proceso de PDA, enfatizando que una formación estructurada podría facilitar su aplicación en la práctica clínica¹³⁻¹⁶.

Por otro lado, una encuesta realizada en Nueva Gales del Sur, Australia, mostró que, aunque las enfermeras de práctica tienen una actitud positiva hacia su participación en la PDA, solo el 50 % de las participantes estaban de acuerdo o muy de acuerdo en que tenían buen conocimiento sobre la PDA^{17,18}. La confianza de las enfermeras para iniciar discusiones sobre la PDA aumentaba con su familiaridad con los pacientes, siendo del 78,4 % para pacientes conocidos personalmente, del 62,8 % para pacientes establecidos sin relación personal y del 48,6 % para nuevos pacientes. Las principales barreras identificadas fueron la falta de un buen sistema de documentación, recursos educativos limitados para los pacientes y una fuente de remuneración poco clara. Sin embargo, las enfermeras mostraron un alto interés en recibir formación adicional, con un 90,6 % dispuestas a participar en programas de capacitación.

Asimismo, el estudio realizado con profesionales de atención primaria muestra que la falta de conocimiento y habilidades en la PDA puede superarse a través de la práctica diaria, la educación continua y el intercambio de experiencias con colegas^{19,20}. Los profesionales, incluidos médicos generales, enfermeras y médicos de atención a personas mayores encontraron que participar en investigaciones académicas y enseñar a otros también mejora su comprensión

y habilidades en PDA. Además, el uso de herramientas tecnológicas y sistemas de documentación ayudó a abordar la falta de tiempo y mejorar la eficiencia en la implementación de la PDA. Este enfoque combinado facilita una mejor aceptación y práctica de la PDA entre los pacientes mayores y sus familias^{9,21}.

Por el contrario, otros estudios demostraron, un número significativo (50 %) de enfermeras que afirmó tener un buen conocimiento sobre la PDA, siendo capaces de describir experiencias personales y sentirse más seguras al discutir sobre este proceso con los pacientes, además de que se mostraron interesadas en continuar con su formación de aprendizaje¹⁷. De igual forma, en el estudio de Aultman y cols. se evidenció que el 60 % de los participantes es conocedor de las estrategias aplicadas durante el proceso de la PDA²². Se encontró resultados similares mencionados en otros estudios incluidos en esta revisión^{14,23,24}.

Aplicabilidad práctica de la planificación de decisiones anticipadas

En cuanto a su aplicabilidad, los estudios analizados evidenciaron tanto limitaciones como oportunidades. Poveda-Moral y cols. exploraron el uso de la PDA en servicios de

urgencias durante la pandemia de COVID-19, demostrando su utilidad en disminuir procedimientos invasivos y orientar decisiones éticas en contextos de alta presión asistencial²⁵. Chan y cols. encontraron mejoras significativas entre la congruencia entre los deseos de los pacientes y familiares, así como un incremento en la documentación de voluntades anticipadas²⁶.

Sharp y cols. investigaron la percepción de médicos de atención primaria en pacientes mayores y frágiles, señalando que la educación del paciente y las campañas de sensibilización eran clave para lograr una implementación efectiva, aunque persistía incertidumbre sobre el pronóstico y escasez de servicios disponibles²⁰.

La aplicación en la práctica de PDA ha demostrado ser una herramienta eficaz en la mayoría de los casos, en la mejora de la calidad de los cuidados al final de la vida, promoviendo la autonomía del paciente y facilitando la planificación de los cuidados futuros en base a sus deseos y valores. Los resultados de múltiples estudios muestran que la implementación de decisiones anticipadas puede llevar a una reducción significativa en la hospitalización innecesaria y en el uso de intervenciones médicas no deseadas, mejorando así la satisfacción del paciente y sus familiares^{27,28}.

Otros estudios destacaron la relevancia de implementar estrategias educativas continuas y estructuradas como

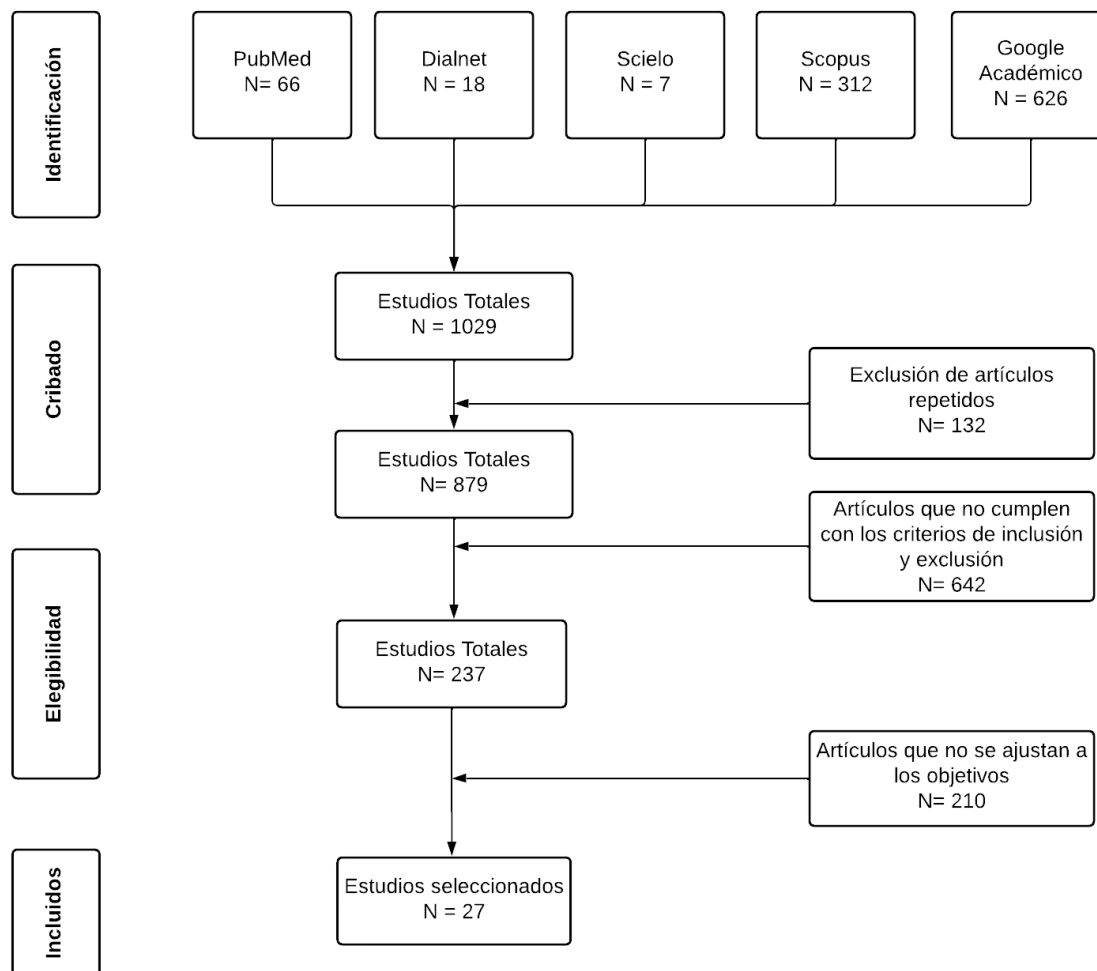


Figura 1. Diagrama de flujo de resultados.

Tabla II. Resumen de artículos, resultados de la búsqueda bibliográfica.

	Autor (año) País	Objetivo	Temática	Tipo de estudio	Muestra y población de estudio	Resultados
1	Fan y Rhee (2017) Nueva Gales del Sur/ Estado Australiano	Comprender las creencias, actitudes, percepciones, confianza, formación y necesidades educativas de las enfermeras de práctica de Nueva Gales del Sur con respecto a la participación en PDA	Conocimiento	<i>Cross sectional</i>	147 participantes Femenino, n = 142 Masculino, n = 1 Faltante, n = 36	El 88,7 % de las enfermeras consideraron importantes los debates sobre la PDA para los pacientes, pero señalaron una falta de material educativo adecuado y mostraron interés en tutorías, observación y programas de formación
2	Macchi y cols. (2020) No específica	Describir y analizar la perspectiva de profesionales de oncología y de cuidados paliativos de Argentina sobre la planificación anticipada de los cuidados en el final de la vida de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, explorando las dificultades para la participación de los y las pacientes en los procesos de toma de decisiones y en los procesos de consentimiento informado	Conocimiento	Estudio cualitativo	31 participantes Femenino/ no especificado Masculino/ no especificado	Los participantes valoraron la PDA, pero señalaron barreras para su implementación, incluyendo el desconocimiento del diagnóstico y pronóstico, la falta de herramientas de comunicación, la desarmonía entre equipos y la resistencia de familiares y pacientes
3	Aultman y cols. (2018) No específica	Examinar las barreras de la PDA que experimentan los gestores de atención a través de un enfoque de métodos mixtos	Barreras	Estudio de 2 partes, de métodos mixtos	62 participantes Femenino/no especificado Masculino/no especificado	El 60 % de los participantes informaron que tuvieron conocimiento de las estrategias de la PDA, sin embargo, el 40 % de los gestores evidenció que parte de las limitaciones o barreras aún se debió a su desconocimiento, por lo que se evidenció un requerimiento de mayor educación, y recursos para orientarlos

(Continúa en la página siguiente)

4	<p>De Vleminck, y cols. (2018) No específica</p>	<p>(i) Describir en qué medida los pacientes de 50 años o más que están relativamente estables o con buena salud están pensando en el final de la vida y están dispuestos a discutir esto con su médico de familia (MF) y (ii) explorar si los pacientes y los MF indican los mismos temas como desencadenantes de las discusiones sobre DPA en la práctica familiar</p>	Aplicabilidad	Estudio exploratorio de métodos mixtos	289 pacientes Femenino, n = 144 Masculino, n = 139	El 69,8 % de los participantes mostraron resultados positivos frente a las charlas con sus MF, demostraron una buena capacidad para la comunicación sobre pensamientos al final de la vida y cómo abordarlos. Además, dichas charlas fueron desencadenadas por el pensamiento del final de la vida, volverse dependientes de otros cuidadores, el deterioro físico y mental, y el morir solos
5	<p>Poveda-Moral, y cols. (2020) España</p>	<p>Analizar la importancia de implantar la PDA en los servicios de urgencias y emergencias como herramienta de consulta en la resolución de los problemas éticos surgidos durante la pandemia por COVID-19, concretamente, en la atención al paciente crónico complejo o con enfermedad crónica avanzada</p>	Aplicabilidad / Beneficios	Revisión Narrativa	No aplica	La implementación de la PDA en el contexto de la urgencia y de la emergencia ante la crisis sanitaria y en posibles brotes futuros se consideró de suma importancia, al obtener conocimiento sobre las preferencias y cuidados, al compartir sus deseos y preferencias con sus familiares, disminuyendo procedimientos invasivos y al disminuir la probabilidad de contagio de pacientes a personal de salud
6	<p>Chan y cols. (2018) China</p>	<p>Examinar los efectos de un programa estructurado de planificación anticipada de la atención posterior al alta, dirigido por enfermeras, sobre la congruencia entre las preferencias de atención al final de la vida del paciente y sus familiares, los conflictos de toma de decisiones y la documentación de las preferencias de atención</p>	Beneficios	Ensayo controlado aleatorio	230 participantes Femenino, n = 157 Masculino, n = 73	El 2,6 % de los participantes había oído hablar de las voluntades anticipadas, tras 6 meses de PDA, se evidenció una mejora en la congruencia diádica con respecto a la atención al final de la vida ($p < 0,04$), entre pacientes y familiares, además de que se mejoró el conflicto de decisiones de los pacientes y un aumento de documentos de directivas anticipadas

(Continúa en la página siguiente)

7	Risk y cols. (2019) 9 países (no específica)	(1) ¿Cuáles son las barreras y los facilitadores para la adopción de PDA en la práctica general? (2) ¿Qué iniciativas se han utilizado para aumentar la adopción de PDA en la práctica general?	Barreras	Revisión sistemática y una síntesis interpretativa crítica	No aplica	Barreras: (1) falta de conocimiento sobre PDA. Ambigüedad de roles: la expectativa del médico de cabecera es que el paciente iniciará una discusión sobre la PDA. Preocupaciones varias que incluyen inseguridad jurídica, pronóstico y mejor momento Facilitadores: (2) educación y capacitación en comunicación y educación de médicos de cabecera y enfermeras practicantes. Modelos de atención; citas grupales, clínicas dirigidas por enfermeras
8	Glaudemans y cols. (2019) Países Bajos	Investigar cómo los profesionales holandeses de atención primaria con experiencia en PDA con pacientes mayores superan barreras Identificar las estrategias que emplean los profesionales de atención primaria para superar las barreras en la atención continua a personas mayores	Conocimiento / Barreras	Un estudio cualitativo	14 participantes Femenino, n = 10 Masculino, n = 4	Los participantes superaron sus propios conocimientos y habilidades insuficientes, así como sus actitudes y creencias negativas, adquiriendo experiencia practicando PDA en sus prácticas diarias, intercambiando y reflexionando sobre esas experiencias con sus pares, educación continua
9	Trevizan y cols. (2024) No específica	Identificar a los pacientes que tienen más probabilidades de participar en discusiones sobre CP y PDA, y determinar su momento y enfoque preferidos para la discusión	Conocimiento	Estudio de métodos mixtos	115 participantes Femenino/no especificado Masculino/no especificado	La finalización de ambas fases se asoció con un mayor conocimiento de la realidad y una mayor conciencia de CP y PDA. Además, el análisis cualitativo reveló 5 temas convergentes. Estos temas informaron el desarrollo de un modelo conceptual que proporciona un marco para discutir CP y PDA con pacientes en diferentes etapas del diagnóstico y tratamiento del cáncer

(Continúa en la página siguiente)

10	Díaz de Argote-Cervera y cols. (2022) España	Conocer el grado de conocimiento e interés por la planificación anticipada de la asistencia sanitaria en profesionales que atienden a pacientes con enfermedad renal crónica	Conocimiento	Estudio observacional descriptivo transversal	442 participantes Femenino, n = 309 Masculino, n = 113	El 79,9 % no sabe cuántos pacientes tienen registrado el documento de voluntades anticipadas. El 63,5 % han oído hablar de la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. Un 28,7 % conoce la diferencia entre la planificación anticipada de la asistencia sanitaria y el documento de voluntades anticipadas
11	Toro Flores y cols. (2013) España	Describir y comparar los conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas	Conocimiento / Barreras	Estudio piloto descriptivo transversal	192 participantes Femenino, n = 139 Masculino, n = 53	Un 59,9 % (n = 115) de los médicos y enfermeras dijo conocer que las instrucciones previas están reguladas por ley, aunque solo un 22,4 % (n = 43) manifestó haber leído el documento de instrucciones previas
12	Salvador y cols. (2019) España	Describir el conocimiento del personal sanitario de servicios implicados en el manejo de enfermos paliativos en situación avanzada, sobre el documento de voluntades anticipadas y su Registro Nacional. Conocer cómo valoran su uso y si lo consultan habitualmente	Conocimiento	Estudio multicéntrico, transversal descriptivo	160 participantes Femenino = 73,8 % Masculino = 26,2 %	El 83,13 % de la muestra obtenida manifestaba conocer el DVA. El 51,25 % de los encuestados manifestó no encontrar ninguna desventaja a tener cumplimentado un DVA. Entre el resto, la desventaja más destacada fue el posible conflicto entre el personal sanitario y las familias (24,6 %), seguida por el miedo del paciente a recibir una peor asistencia sanitaria (18,8 %)
13	Scholten y cols. (2018) Región Flamenca - Bélgica	¿Qué barreras identifican los médicos de cabecera y los pacientes al preparar y discutir una directiva anticipada?	Barreras	En encuesta transversal	44 participantes Femenino, n = 27 Masculino, n = 17	Las barreras citadas por los médicos de cabecera a la hora de preparar una directiva anticipada se clasificaron principalmente como: "Lleva mucho tiempo" (23,11 %, n = 46), "Falta de experiencia" (15,57 %, n = 31) y "La solicitud es demasiado difícil/compleja" (13,56 %, n = 27), "Demasiado cargado/emocional" (13,56 %, n = 27), "Falta de conocimiento" (10,55 %, n = 21)

(Continúa en la página siguiente)

14	Sharp y cols. (2018) Cambridgeshire - Reino Unido	Investigar las actitudes de los médicos de cabecera ante las discusiones sobre PDA con personas frágiles y mayores	Barreras	Estudio cualitativo	21 participantes Femenino/no especificado Masculino/no especificado	La mayoría de los médicos generales valoraron la importancia de la PDA, pero enfrentaron barreras significativas como la incertidumbre del pronóstico y la falta de servicios, mientras que estrategias como el conocimiento del paciente y las campañas de concienciación podrían mejorar su implementación
15	De Vleminck cols. (2018) No especificado	Explorar cómo los médicos de cabecera conceptualizan la PDA, en función de sus experiencias con la PDA en su práctica	Conocimiento	Estudio cualitativo	36 participantes Femenino, n = 9 Masculino, n = 27	Este estudio ilustra que los médicos de cabecera tienen diferentes conceptualizaciones de la PDA, de las cuales algunas están más limitadas a aspectos específicos de la PDA. Se necesita una conceptualización compartida y un acuerdo sobre el propósito y los objetivos de la PDA para garantizar una implementación exitosa
16	Granero-Moya y cols. (2016) Provincia de Jaén - España	Conocer las dificultades que encuentran las enfermeras de atención primaria para promover procesos de planificación anticipada de las decisiones con personas en el final de la vida	Conocimiento	Estudio cualitativo	14 participantes Femenino, n = 11 Masculino, n = 3	Dificultades referidas a los profesionales: falta de conocimiento sobre el tema, falta de habilidades de comunicación o de experiencia y presencia de emociones negativas. Dificultades relacionadas con las personas en el final de la vida y sus familias: resistencia de las personas para conversar sobre el final de la vida. Condicionamiento cultural y religioso: la muerte como un tabú

(Continúa en la página siguiente)

17	Jami García y cols. (2023) No específica	Identificar los factores que limitan la planificación de voluntades anticipadas desde la perspectiva de los profesionales de la salud	Barreras	Revisión narrativa	No aplica	Un sistema limitante para la planificación de directrices anticipadas se caracteriza principalmente por: falta de tiempo, burocracia excesiva, ausencia de una base de datos unificada, ausencia de estrategias educativas, informativas, de comunicación y falta de coordinación entre los niveles asistenciales
18	Sepúlveda-Sánchez y cols. (2019) España	Explorar las percepciones, creencias, barreras y facilitadores que encuentran médicos y enfermeras ante el derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos y la aplicabilidad de las disposiciones de la Ley 2/2010 del 8 de abril	Barreras	Estudio cualitativo descriptivo	17 participantes Femenino/no especificado Masculino/no especificado	Se evidencia la necesidad de mejorar el proceso de comunicación con el paciente y su familia, y favorecer la toma de decisiones compartidas, establecer medidas que clarifiquen la sedación paliativa y la limitación del esfuerzo terapéutico. Es necesario potenciar la aplicabilidad de la ley de muerte digna y voluntades anticipadas en áreas especializadas no oncológicas. Se precisa mayor formación en la dimensión ética, espiritual y antropológica del cuidado en estas situaciones
19	Arruda y cols. (2019) No específica	Identificar las variables que influyen en los médicos a la hora de aplicar y evaluar su impacto en la atención al final de la vida	Barreras	Revisión narrativa	No aplica	Las variables influyentes se identificaron como el pronóstico de los pacientes, el paternalismo médico y la comprensión de los pacientes sobre su condición médica. La mayoría de los estudios (6; 86 %) mostraron que la existencia de algún tipo de DA explicaba menores tasas de intervenciones invasivas en los últimos días de vida del paciente

(Continúa en la página siguiente)

20	Steiner y cols. (2020) No especifica	Los objetivos del estudio eran evaluar: 1) la comodidad de los proveedores de ACHD a la hora de tratar los síntomas físicos y las necesidades psicosociales de los pacientes, y 2) las perspectivas sobre la decisión/el momento de iniciar la planificación anticipada de cuidados y la derivación a cuidados paliativos	Conocimiento / Beneficios	Estudio transversal	50 participantes Femenino, n = 23 Masculino, n = 27	Se evidenció que los proveedores manejaron de forma más cómoda los síntomas físicos y el pronóstico que abordando las necesidades psicosociales. Los profesionales reconocieron la importancia de la PDA, aunque el porcentaje de quienes comenzaron con estas planificaciones osciló entre el 18 % y el 67 %. En todos los casos los encuestados identificaron 36 facilitadores y 246 barreras
21	Sinclair y cols. (2016) No especifica	El objetivo de este estudio era conocer la toma de decisiones clínicas de los médicos generalistas australianos en relación con la PDA de un paciente y la probabilidad de iniciar una PDA	Conocimiento	Un estudio factorial	68 participantes Femenino, n = 37 Masculino, n = 31	Se evidenció que aquellos pacientes que tuvieron una buena relación médico paciente tuvieron mayor probabilidad de recibir PDA, pese a su escaso apoyo familiar. Además, la actitud positiva frente a la PDA que se reflejó en los médicos de cabecera fue asociada a mayor probabilidad de iniciarla con prontitud
22	Blackwood (2018) No especifica	Los objetivos de esta revisión eran describir los conocimientos y actitudes actuales de los profesionales sanitarios hacia la planificación anticipada de cuidados en el perioperatorio, y describir los programas educativos o las limitaciones formativas que se han identificado	Beneficios	Revisión narrativa	No aplica	En 2 de los 4 estudios, se informó que los médicos consideraron que la PDA era útil, también se consideró que el tema pudiera preocupar a los pacientes. Además, en un estudio se evidenció que el 12 % pensaba que su médico tratante consideraba la PDA como parte rutinaria de la asistencia

(Continúa en la página siguiente)

23	Nortje y cols. (2023) No específica	Esta revisión narrativa describe lo que debería implicar la conversación PDA y el camino a seguir	Beneficios	Revisión narrativa	No aplica	Los resultados sugieren que la autonomía del paciente es importante, sin embargo, es crucial involucrar a la familia. Las conversaciones de PDA deben ser de alta calidad y desde el inicio de la enfermedad de forma paulatina evitando procedimientos innecesarios y dando una mayor perspectiva de los deseos del paciente.
24	Wang y cols. (2023) No específica	Explorar la influencia de la planificación anticipada de la atención en la toma de decisiones al final de la vida entre los adultos mayores que viven en entornos comunitarios y sus familiares	Beneficios	Revisión sistemática y metaanálisis	No aplica	La PDA ayudó a mejorar el pronóstico de los pacientes a quienes se les permitió expresar sus deseos con respecto a la atención médica, además redujo la carga de los familiares con respecto a la toma de decisiones.
25	Rosa y cols. (2023) No específica	Delinear los beneficios potenciales y las oportunidades perdidas del PDA e identificar un camino a seguir clínicamente relevante y basado en evidencia para el PDA en enfermedades graves	Beneficios	Revisión narrativa	No aplica	Los modelos de PDA centrados en la comunicación de enfermedades graves, más que en la documentación, muestran resultados prometedores para los pacientes y los médicos. Idealmente, la PDA condujo a una atención acorde con los objetivos que se establecieron, incluso en medio de la imprevisibilidad de las trayectorias de las enfermedades graves.
26	Julià-Móra (2018) No específica	Investigar las perspectivas de los cuidadores en la aceptación e impacto de la PDA, registrado en formato de carta, para pacientes con la EMN y sus cuidadores	Beneficios	Estudio transversal cualitativo	18 participantes Femenino/no especificado Masculino/no especificado	Emergieron un total de 4 temas principales: preparación para la muerte, empoderamiento, relaciones, y aclarar decisiones y elecciones. Además, se destacó que estos aspectos positivos proporcionan alivio a los pacientes y cuidadores en la toma de decisiones. En ocasiones estos efectos positivos pueden estar condicionados por la aceptación de los condicionantes de severidad de la enfermedad.

(Continúa en la página siguiente)

27	Sedini y cols. (2022) No especifica	Revisar y analizar los aspectos críticos y desafíos más significativos asociados con la PCA y las DA. El estudio busca proporcionar una visión general de estos elementos para mejorar la comprensión y la implementación de estas prácticas en el cuidado de fin de vida	Conocimiento	Revisión narrativa	No aplica	<p><i>Conocimientos sobre PCA y DA:</i> Se encontró que, aunque los profesionales de la salud tienen un conocimiento básico sobre las DA, este conocimiento tiende a ser superficial y falta una comprensión profunda de su implementación y el contexto legal relevante</p> <p><i>Barreras en la implementación:</i> Las principales barreras incluyen la falta de tiempo para discutir las DA durante las consultas, la transferencia ineficaz de los planes de cuidado entre diferentes entornos de atención, y la disminución de la interacción con los pacientes cerca del final de la vida debido a la transferencia de cuidados a especialistas</p> <p><i>Beneficios de la implementación adecuada:</i> La implementación adecuada de las DA puede mejorar la concordancia entre los deseos del paciente y el cuidado recibido, reducir los procedimientos innecesarios y costosos, y aliviar el estrés de los cuidadores. estrategias y herramientas innovadoras</p> <p>Se mencionan varias herramientas y estrategias para mejorar la implementación de la PCA, incluyendo el uso de herramientas en reuniones cara a cara, materiales para llevar a casa, y el uso de tecnologías como el teléfono o vídeo</p>
----	---	---	--------------	--------------------	-----------	--

ACHD: Adult Congenital Heart Disease. CP: cuidados paliativos. DA: directrices anticipadas. DVA: documento de voluntades anticipadas. MF: médico de familia. PCA: planificación de cuidados anticipados. PDA: planificación de decisiones anticipadas.

elemento clave para mejorar la aplicabilidad de la PDA en la práctica clínica. Los resultados mostraron que las intervenciones formativas educativas multimodales, dirigidas a médicos generales y otros profesionales de la salud, no solo incrementaron la confianza de los profesionales en la comunicación de temas delicados relacionados con el final de la vida, sino que también facilitaron un mayor compromiso de los pacientes en la toma de decisiones anticipada^{21,24,29}.

Beneficios de la planificación de decisiones anticipadas

Aunque no todos los estudios analizados se centran exclusivamente en los beneficios, varios evidenciaron impactos positivos asociados con la PDA. Algunos autores demostraron que la PDA fue beneficiosa, ya que se destacó la relevancia de la relación médico-paciente, señalando que las experiencias de cuidado y acompañamiento al final de la vida aumentaron la aceptación de la PDA, tanto por parte del paciente como la del médico o personal de salud encargado³⁰. Además, se evidenció que la PDA fortaleció los vínculos entre el paciente, el personal sanitario y su familia. Chan y cols. demostraron que un programa estructurado de planificación anticipada de cuidados, liderado por enfermería y desarrollado a través de visitas domiciliarias post-alta, promovió una comunicación efectiva entre pacientes y sus familiares, facilitando la toma de decisiones compartidas. Esta intervención también contribuyó a reducir significativamente el conflicto decisional relacionado con la atención al final de la vida entre los pacientes, sus allegados y el equipo de salud²⁶.

Además, algunos estudios mostraron que la práctica constante y el entrenamiento aumentaron la confianza del personal para entablar conversaciones difíciles, promoviendo la atención alineada con los valores del paciente^{21,22}. Se evidenció que los pacientes confían más en el personal sanitario o en sus familiares para la toma de decisiones, manifestando su deseo de no convertirse en una carga para sus seres queridos²¹. La participación de la familia en la PDA se consideró crucial, ya que ayuda a preparar tanto a los pacientes como a ellos mismos. Esto es respaldado por el estudio de Dittborn que reveló que, al involucrar a los familiares, brindándoles información y la oportunidad de hacer preguntas, la PDA fue bien recibida, considerándose accesible y segura, lo que motivó a muchos pacientes a querer participar en el proceso³¹. En términos organizativos, Poveda-Moral y cols. concluyeron que la integración de la PDA en urgencias no solo facilita la toma de decisiones éticas, sino que también mejora la eficiencia y la calidad de los cuidados en situaciones críticas como la pandemia²⁵.

Barreras implicadas en la planificación de decisiones anticipadas

Las barreras identificadas fueron múltiples y de naturaleza estructural, emocional, cultural y educativa. Macchi y cols. señalaron dificultades como la falta de formación, desarmonía en los equipos y resistencia de pacientes o familiares,

especialmente en oncología¹⁵. Risk y cols., en una revisión sistemática, reportaron obstáculos como la ambigüedad de roles, la inseguridad jurídica y la falta de tiempo, y propusieron estrategias como capacitación y modelos de atención estructurados³⁰.

Scholten y cols. destacaron barreras prácticas desde la atención primaria, tales como consultas breves (23,11 %), escasa experiencia del médico (15,57 %) y la complejidad emocional del proceso (13,56 %), sobrecarga emocional (13,56 %) y el desconocimiento sobre las preferencias del paciente (10,55 %)³². Granero-Moya y cols. subrayaron que la muerte sigue siendo un tabú, y que los profesionales muestran falta de preparación en habilidades comunicativas para enfrentar conversaciones difíciles al final de la vida¹¹.

Además, la inexperiencia y la resistencia de algunos de los profesionales de la salud han sido identificadas como factores limitantes en la implementación de la PDA²⁹.

Las barreras culturales y las creencias pueden desempeñar un papel significativo en la realización de la PDA. Granero-Moya y cols. evidenciaron que las diferencias culturales y religiosas pueden influir negativamente en la disposición de los pacientes y sus familias para participar en discusiones sobre la PDA¹¹. Por ejemplo, la falta de conocimiento y habilidades de comunicación por parte de los profesionales de la salud, junto con la actitud evasiva de la sociedad hacia la muerte son obstáculos destacados para la implementación efectiva de la PDA²⁹.

Además, en algunos estudios se evidenció una resistencia por parte de los pacientes al hablar del final de su vida, por el condicionamiento cultural sobre la muerte, pues muchos los consideraron como un tema tabú^{11,19,32,33}.

Otro estudio analiza cómo los factores culturales influyen en la planificación anticipada de cuidados en pacientes con enfermedades progresivas e incurables, evidenciando que la etnicidad no blanca está asociada con una menor aceptación de los procesos formales de PDA. Factores culturales clave que afectan la aceptabilidad de la PDA incluyen la religiosidad, la confianza en el sistema de salud, la comodidad del paciente y del clínico para discutir la muerte, y las actitudes hacia la toma de decisiones¹¹. Se recomienda un enfoque de PDA basado en la comunicación para adaptarse mejor a diversas culturas. Además, se destaca la necesidad de formación en competencia cultural para los clínicos, así se podrá evitar estereotipos y abordar la atención al final de la vida de manera efectiva y respetuosa con las diferencias culturales^{11,15,30}.

Conocimiento del personal sanitario sobre la planificación de decisiones anticipadas

Diversos estudios revelaron un conocimiento limitado, fragmentado o superficial sobre la PDA entre los profesionales de la salud. En el estudio de Fan y Rhee, aunque las enfermeras mostraron una actitud positiva hacia la PDA, solo la mitad se consideraban capacitadas para abordarla, manifestando necesidad de formación adicional y materiales educativos adecuados¹⁷. Aultman y cols. también reportaron una deficiencia en el conocimiento práctico, identificando una necesidad urgente de orientación institucional y programas de entrenamiento²².

De Vleminck y cols. exploraron las percepciones de pacientes y médicos en Bélgica, concluyendo que, aunque existe disposición para hablar sobre el final de la vida, tanto pacientes como médicos carecen de una conceptualización compartida sobre la PDA¹⁹. De manera similar, Glaudemans y cols. demostraron que el conocimiento se incrementa mediante la práctica continua y el uso de herramientas tecnológicas, lo cual favorece su aceptación entre médicos de atención primaria²¹.

Otros estudios como los de Trevizan y cols.³⁴ y Díaz de Argote-Cervera y cols.²³ vincularon el nivel de conocimiento con la disposición a participar en el proceso de planificación anticipada, destacando la falta de diferenciación entre el testamento vital y la PDA^{23,34}. Toro Flores y cols. evidenciaron que, aunque los profesionales conocían aspectos legales de las voluntades anticipadas, este conocimiento no se traducía en una práctica activa³⁵.

Estrategias

Los resultados de Sedini y cols.⁹ demostraron que la PDA está asociada con resultados positivos, como una mayor concordancia entre los deseos del paciente y los cuidados proporcionados, reducción de procedimientos invasivos innecesarios y disminución del estrés de los cuidadores. Sin embargo, la implementación de la PDA enfrenta barreras significativas, incluyendo la falta de conocimiento y habilidades de los profesionales de la salud, resistencia cultural y normativa, y la complejidad de las discusiones necesarias para establecer directrices efectivas; ellos sugieren varias estrategias para mejorar la implementación de la PDA, incluyendo el uso de herramientas en reuniones cara a cara, materiales para llevar a casa, y el uso de tecnologías como el teléfono o video¹¹. Algunos ejemplos incluyen el sitio web PREPARE y The Conversation Project, que ayudan a las personas a iniciar conversaciones sobre la PDA y a tomar decisiones informadas; además, es fundamental asegurar una comunicación empática y oportuna, compartir información médica adecuada y promover discusiones multidisciplinarias de alta calidad que incluyan los valores y preferencias del paciente; se destacan la necesidad de campañas informativas, la educación en competencias bioéticas y habilidades de comunicación para los profesionales de la salud, y la importancia de una relación flexible y colaborativa entre clínicos y pacientes para ofrecer un cuidado individualizado y de calidad^{9,21,28}.

DISCUSIÓN

Esta revisión narrativa respondió a la pregunta central: ¿qué conocen los profesionales de la salud sobre la PDA, qué obstáculos enfrentan para aplicarla y qué enfoques podrían facilitar su incorporación efectiva? Los hallazgos permitieron identificar de manera estructurada los niveles actuales de conocimiento, las principales barreras, los beneficios documentados y los factores que influyen en su aplicabilidad clínica. A partir del análisis de 27 estudios, se evidenciaron importantes vacíos formativos, dificultades organizativas

y culturales, pero también oportunidades concretas para mejorar la implementación de la PDA a través de intervenciones educativas y estrategias institucionales. Este trabajo cumple con el objetivo de sintetizar el estado actual del conocimiento sobre la PDA y proponer un modelo de intervención que facilite su adopción efectiva en distintos contextos del sistema sanitario.

Conocimiento del personal sanitario sobre la planificación de decisiones anticipadas

Los hallazgos de esta revisión coinciden en que el nivel de conocimiento sobre la PDA entre los profesionales de la salud continúa siendo limitado y heterogéneo, tendió a ser superficial en su mayoría, careciendo de una profundización en el tema¹. Estudios como los de Fan y Rhee¹⁷ y Aultman y cols.²² destacan que esta falta de formación específica condiciona la confianza de los clínicos para iniciar conversaciones significativas sobre el final de la vida. Asimismo, se observa confusión conceptual entre la PDA y otros instrumentos, como el testamento vital, lo cual debilita su aplicabilidad práctica³⁶. Este vacío formativo se traduce en una menor participación del personal sanitario en procesos de toma de decisiones anticipadas, lo que subraya la necesidad de incorporar contenidos sobre la PDA en los currículos de pregrado y programas de educación continua en salud.

Los profesionales sanitarios que mostraron un elevado nivel de conocimiento acerca de la PDA y desarrollaron habilidades efectivas para comunicar y describir el proceso de PDA reflejaron una mayor aceptación del proceso por parte de los pacientes y sus familiares²³. Es importante destacar que el proceso no recayó únicamente en la responsabilidad de los médicos; se requirió una colaboración estrecha con otras áreas como psicología y enfermería, para garantizar resultados favorables y deseados por los pacientes^{11,25}. Por otra parte, se evidencia la necesidad de desarrollar programas de formación continua y recursos educativos adecuados para los profesionales de la salud, así como la creación de sistemas de apoyo para facilitar la implementación de la PDA³⁰.

Barreras en la implementación de la planificación de decisiones anticipadas

Los estudios identificaron barreras de distinta naturaleza: estructurales (tiempo limitado, falta de protocolos), profesionales (inseguridad, escasa experiencia en comunicación) y culturales (tabú frente a la muerte). Investigaciones como las de Macchi y cols.¹⁵, Risk y cols.³⁰ y Scholten y cols.³² evidencian que, sin una estructura organizativa de apoyo, la implementación de la PDA depende exclusivamente del interés individual del profesional. A ello se suma la resistencia de familiares o pacientes, lo que exige un abordaje integral e interdisciplinario. En este contexto, el diseño de políticas institucionales claras, acompañadas de herramientas de apoyo y capacitación, resulta imprescindible para superar estas barreras.

Se identifican otras limitaciones, tales como la falta de experiencia de algunos profesionales de la salud, el desconocimiento del diagnóstico de sus pacientes y las disparidades en creencias culturales o religiosas tanto de los pacientes como de los propios profesionales de la salud, además de la burocracia instaurada en las instituciones que relenteció los procedimientos de las PDA y la dificultad para su implementación^{11,19,32,33,37}.

Aplicabilidad clínica y organizativa de la planificación de decisiones anticipadas

Aunque la PDA es conceptualmente aceptada como buena práctica clínica, su aplicación concreta varía considerablemente entre contextos. Estudios como los de Poveda-Moral y cols.²⁵ y Chan y cols.²⁶ muestran que la incorporación de la PDA en protocolos asistenciales y programas formativos estructurados mejora su integración en la práctica clínica. Sin embargo, la ausencia de mecanismos institucionales de seguimiento limita su sostenibilidad. La fragmentación de los sistemas informáticos y la falta de acceso unificado a la información son desafíos significativos en la implementación de la PDA. Además, la alta carga de trabajo y la complejidad del entorno asistencial limitan la capacidad de los profesionales para llevar a cabo estos procesos de manera efectiva. Un factor crítico adicional es la rápida evolución del estado clínico de los pacientes con condiciones agudas, como la infección por COVID-19, que reduce el tiempo disponible para la deliberación y toma de decisiones compartidas, lo que puede resultar en tratamientos que no alinean con las voluntades de los pacientes, generando dilemas éticos y dificultando la provisión de cuidados acordes a sus preferencias y valores^{1,25}. La aplicabilidad práctica de la PDA requiere no solo habilidades individuales, sino también una cultura organizacional que facilite espacios de diálogo, tiempo clínico y un marco ético-jurídico claro. En este sentido, Sharp y cols.²⁰ señalan que campañas de sensibilización y herramientas de registro electrónico pueden mejorar la implementación sistemática de la PDA.

Beneficios identificados

Los beneficios de la PDA fueron consistentes en los estudios incluidos. La literatura muestra que su uso mejora la calidad de vida de los pacientes, ya que facilita la toma de decisiones informadas, reduciendo la incertidumbre y promoviendo la autonomía en la elección de tratamientos acorde a sus valores y preferencias, reduce hospitalizaciones innecesarias, evita intervenciones fútiles y facilita el cumplimiento de los deseos del paciente al final de la vida^{14,19}. Además, disminuye la carga emocional y psicológica para pacientes, las familias y el personal sanitario, al reducir la angustia asociada con la incertidumbre sobre la toma de decisiones en situaciones críticas, como también se reporta en estudios de Bischoff y cols. y Wang y cols.^{38,39}. Estos hallazgos respaldan su incorporación como estándar de calidad en la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, especialmente en entornos de cuidados paliativos.

Además, en contextos de alta presión, como la pandemia de COVID-19, la PDA permitió optimizar la asignación

de recursos, evitando intervenciones médicas innecesarias y asegurando que los cuidados fueran congruentes con los deseos del paciente²⁵. Asimismo, Malhotra y cols.⁴⁰, afirman que su implementación ha sido clave para disminuir conflictos éticos en la atención médica y reducir hospitalizaciones innecesarias, promoviendo un enfoque más humanizado en los cuidados paliativos⁴⁰.

Durante la pandemia de COVID-19, la PDA facilitó una mejor asignación de recursos, asegurando su uso equitativo y evitando tratamientos no deseados. La pandemia de COVID-19 destacó la importancia crítica de la PDA en la atención médica²⁵.

En conclusión, la implementación efectiva de la PDA es esencial para gestionar los recursos de manera ética y eficiente, respetando al mismo tiempo la autonomía de los pacientes y reduciendo los conflictos éticos. Abordar las barreras y promover la formación y los sistemas de apoyo necesarios son pasos críticos para asegurar que la PDA se integre de manera efectiva en la práctica clínica, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.

Propuesta para implementación de la planificación de decisiones anticipadas en entornos clínicos

A partir de los hallazgos de esta revisión, proponemos un modelo escalonado de intervención formativa y operativa que permita a instituciones sanitarias implementar progresivamente la PDA, adaptado al nivel de recursos y al contexto cultural. Este modelo incluye intervenciones educativas, herramientas clínicas simples y mecanismos de registro accesibles. Su desarrollo y validación empírica podrían constituir una futura línea de investigación aplicada. Que se visualiza en el anexo 2.

Limitaciones y sesgos

Este estudio presenta varias limitaciones. Si bien se utilizó la herramienta SANRA para garantizar la calidad de la revisión narrativa, este tipo de diseño conlleva una subjetividad inherente, al depender del juicio de los autores para la selección, interpretación y síntesis de la información, lo que podría limitar la replicabilidad de los hallazgos. Asimismo, no se aplicó una herramienta formal de evaluación crítica de los estudios incluidos, como CASP, lo cual debilita la valoración estructurada de su calidad metodológica. La heterogeneidad en los diseños, enfoques y contextos asistenciales dificulta la comparación directa entre los estudios y limita la generalización de los resultados. Además, la estrategia de búsqueda no incluyó términos clave como “benefits” o “implementation”, lo que pudo reducir la sensibilidad y excluir trabajos relevantes. Otro aspecto importante es que la mayoría de los estudios analizados provienen de países desarrollados, lo que restringe la aplicabilidad de los hallazgos en sistemas de salud con estructuras, recursos y marcos normativos distintos, como los de América Latina.

Los estudios incluidos en la revisión provienen de diversos contextos clínicos y culturales, lo que puede introducir

variabilidad en los resultados debido a las diferencias en las prácticas médicas, las normas legales y las expectativas culturales; hay muchos estudios donde la práctica de PDA es frecuente, lo que puede variar en países donde no se conoce. Por otra parte, muchas de las conclusiones se basan en estudios cuantitativos que pueden no proporcionar una representación completa de la implementación y los resultados de la PDA. La falta de datos cualitativos limita la capacidad de generalizar los hallazgos a una población más amplia y con un enfoque holístico necesario en la PDA.

Existe la posibilidad de sesgo porque la interpretación de los resultados puede estar influenciada por las perspectivas y expectativas de los investigadores. Los estudios cualitativos, en particular, están sujetos a la interpretación subjetiva de los datos por parte de los investigadores.

Es necesario realizar más estudios con metodologías rigurosas para obtener una comprensión más completa y objetiva de la efectividad y los desafíos de la PDA en todos los continentes.

CONCLUSIÓN

Esta revisión narrativa permitió identificar y analizar de forma estructurada el conocimiento, las barreras, la aplicabilidad y los beneficios de la PDA desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Los hallazgos evidencian que, aunque existe reconocimiento de su relevancia ética y clínica, persiste un bajo nivel de formación, inseguridad comunicativa y obstáculos organizativos que dificultan su integración sistemática en la práctica asistencial. La PDA sigue siendo una práctica ocasional más que una estrategia institucionalizada, especialmente en contextos donde la muerte continúa siendo un tema tabú.

Los beneficios identificados son contundentes: mejora la calidad de vida del paciente, evita intervenciones fútiles, alivia la carga emocional de los familiares y facilita una atención más congruente con los valores del paciente. En este sentido, el aporte distintivo de esta revisión consiste en ofrecer una mirada integral que articula los hallazgos con propuestas concretas de mejora.

Como implicación práctica principal, proponemos un modelo escalonado de implementación de la PDA por niveles de atención: en el primer nivel, a través de la sensibilización comunitaria y la educación en salud sobre derechos y decisiones al final de la vida; en el segundo nivel, mediante la incorporación de herramientas de planificación anticipada en la consulta clínica, con equipos capacitados; y en el tercer nivel, institucionalizando protocolos de toma de decisiones anticipadas en unidades de hospitalización y

cuidados intensivos, integrados a comités de ética clínica y al expediente electrónico.

Finalmente, se recomienda fortalecer la formación continua en PDA, establecer políticas sanitarias que garanticen su aplicación, y fomentar investigaciones futuras que evalúen su impacto en los resultados clínicos y en la experiencia del paciente, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad como América Latina.

Recomendación

Para lograr una integración efectivamente de la PDA, en todos los niveles de la salud, incluida la atención primaria, es esencial desarrollar estrategias que aborden de manera directa las barreras identificadas. Esto implica ofrecer formación específica y continua a los profesionales de la salud, la creación de recursos educativos comprensibles y accesibles para los pacientes, y optimizar los sistemas de información clínica que facilite la documentación y transferencia eficiente de planes anticipados de cuidados entre distintos niveles asistenciales.

Asimismo, se recomienda implementar campañas de educación pública que sensibilicen sobre la importancia de la planificación anticipada, desarrollar herramientas estructuradas que apoyen a los equipos de salud en las conversaciones sobre la PDA, y establecer políticas institucionales y marcos regulatorios que respalden su adopción sistemática en la práctica clínica diaria.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado.

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

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses; además, que en este trabajo no aplica el apoyo financiero y no está ligado a una institución relacionada con el tema presentado.

Anexo 1. Resultados de ecuaciones de búsqueda.

Base de datos	Ecuaciones de búsqueda	Resultados de búsqueda
PubMed	((advance care planning palliative care) AND (Health Occupations) AND (Knowledge)),,from 2013 - 2023,,"("advance care planning"[MeSH Terms] OR ("advance"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "planning"[All Fields]) OR "advance care planning"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health occupations"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "occupations"[All Fields]) OR "health occupations"[All Fields]) AND ("knowledge"[MeSH Terms] OR "knowledge"[All Fields] OR "knowledge s"[All Fields] OR "knowledgeability"[All Fields] OR "knowledgeable"[All Fields] OR "knowledgeably"[All Fields] OR "knowledges"[All Fields])) AND (2013:2023[mdat])",66,19:25:29	66
PubMed	((advance care planning palliative care) AND (Health Occupations)),,from 2013 - 2023,,"("advance care planning"[MeSH Terms] OR ("advance"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "planning"[All Fields]) OR "advance care planning"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health occupations"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "occupations"[All Fields]) OR "health occupations"[All Fields])) AND (2013:2023[mdat])",412,19:22:16	412
PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)),,"("advance"[All Fields] OR "advanced"[All Fields] OR "advancement"[All Fields] OR "advancements"[All Fields] OR "advances"[All Fields] OR "advancing"[All Fields]) AND "care"[All Fields] AND ("planing"[All Fields] OR "planings"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])",1,19:18:59	1
PubMed	((Advance care Planing),,"("advance"[All Fields] OR "advanced"[All Fields] OR "advancement"[All Fields] OR "advancements"[All Fields] OR "advances"[All Fields] OR "advancing"[All Fields]) AND "care"[All Fields] AND ("planing"[All Fields] OR "planings"[All Fields])",58,19:19:05	58
PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)),,"("advance"[All Fields] OR "advanced"[All Fields] OR "advancement"[All Fields] OR "advancements"[All Fields] OR "advances"[All Fields] OR "advancing"[All Fields]) AND "care"[All Fields] AND ("planing"[All Fields] OR "planings"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])",1,19:18:53	1
PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)) AND (Health personnel)),,"("advance"[All Fields] OR "advanced"[All Fields] OR "advancement"[All Fields] OR "advancements"[All Fields] OR "advances"[All Fields] OR "advancing"[All Fields]) AND "care"[All Fields] AND ("planing"[All Fields] OR "planings"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND "care"[All Fields] OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health personnel"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) OR "health personnel"[All Fields])",1,19:18:27	1

(Continúa en la página siguiente)

PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)) AND (Health personnel)) AND (Knowledge)),,,"("advance"[All Fields] OR "advanced"[All Fields] OR "advancement"[All Fields] OR "advancements"[All Fields] OR "advances"[All Fields] OR "advancing"[All Fields]) AND "care"[All Fields] AND ("planing"[All Fields] OR "planings"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health personnel"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) OR "health personnel"[All Fields]) AND ("knowledge"[MeSH Terms] OR "knowledge"[All Fields] OR "knowledge s"[All Fields] OR "knowledgeability"[All Fields] OR "knowledgeable"[All Fields] OR "knowledgeably"[All Fields] OR "knowledges"[All Fields]),0,19:18:13	0
PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)) AND (Health personnel)) AND (Knowledge)) - Schema: all,,,"Advance"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "Planing"[All Fields] AND ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) AND ("Health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) AND "Knowledge"[All Fields],0,19:18:13	0
PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)) AND (Health personnel)) AND (Knowledge)),,,"("advance"[All Fields] OR "advanced"[All Fields] OR "advancement"[All Fields] OR "advancements"[All Fields] OR "advances"[All Fields] OR "advancing"[All Fields]) AND "care"[All Fields] AND ("planing"[All Fields] OR "planings"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health personnel"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) OR "health personnel"[All Fields]) AND ("knowledge"[MeSH Terms] OR "knowledge"[All Fields] OR "knowledge s"[All Fields] OR "knowledgeability"[All Fields] OR "knowledgeable"[All Fields] OR "knowledgeably"[All Fields] OR "knowledges"[All Fields]),0,19:17:58	0
PubMed	((Advance care Planing) AND (palliative care)) AND (Health personnel)) AND (Knowledge) - Schema: all,,,"Advance"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "Planing"[All Fields] AND ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) AND ("Health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) AND "Knowledge"[All Fields],0,19:17:58	0
SciELO	(*planificación anticipada de decisiones) AND (cuidados paliativos)	7

Anexo 2. Modelo escalonado de intervención formativa y operativa para implementación de la planificación de decisiones anticipadas (PDA).

Nivel	Intervención sugerida	Objetivo
1. Básico (individual)	Curso virtual breve (8 h) con simulaciones y casos clínicos, dirigido a los profesionales de salud en atención primaria	Sensibilizar al personal sobre la importancia de la PDA y su valor ético
2. Intermedio (institucional)	Talleres interdisciplinarios presenciales (medicina, enfermería, psicología), dirigido a los equipos de salud en hospitales y centros de salud. (20 h)	Entrenar y/o fortalecer habilidades de comunicación para conversaciones sobre PDA
3. Avanzado (sistémico)	Integrar campos obligatorios de PDA en el sistema electrónico de salud, dirigido a instituciones de salud y unidades de informática clínica	Garantizar la trazabilidad y acceso a los registros de las decisiones anticipadas del paciente

REFERENCIAS

1. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-832.e1.
2. Nabal Vicuña M, Forero Vega D. Reflexiones en torno a la planificación anticipada de cuidados desde la práctica clínica y las aportaciones de la bibliografía. *Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya*; 2018.
3. Lasmarías C, Delgado Giron S, A. C. Rietjens J, J. Korfage I, 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):236-49.
4. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017;18:e543-51.
5. Kottow Lang M. Autonomía relacional en bioética. *Rev Iberoam Bioet*. 2023;(22):1-17.
6. Lasmarías Martínez C. Desarrollo e implementación de la Planificación de Decisiones Anticipadas en Cataluña: análisis del impacto de su puesta en práctica a partir de la autoeficacia de los profesionales sanitarios. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/674299>
7. Toguri JT, Grant-Nunn L, Urquhart R. Views of advanced cancer patients, families, and oncologists on initiating and engaging in advance care planning: A qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2020;19:1-11.
8. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:754-64.
9. Sadini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. Vol. 34, *Aging Clinical and Experimental Research*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2022. p. 325-30.
10. Julià-Móra JM. ¿La planificación de decisiones anticipadas mejora la calidad de vida de pacientes con enfermedad de la motoneurona? *Enferm Clin*. 2018;28:40-2.
11. Granero-Moya N, Frías-Osuna A, Barrio-Cantalejo IM, Ramos-Morcillo AJ. Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2016;48:649-56.
12. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:1-7.
13. Rodríguez Bermejo I, Villamor Ordozgoiti A, Lahosa Sancho MT, Dorca Corujo M, Mas Cagide M, Salvador Fontanet MI. Conocimientos y actitudes de enfermeras de onco-hematología ante el documento de voluntades anticipadas. *Rev Cubana Enfermer*. 2018;34(2).
14. Jiménez Rodríguez JM. La planificación anticipada de las decisiones y sus factores asociados. *Cuad Med Forense*. 2017:1-2.
15. Macchi MJ, Pérez M del V, Alonso JP. Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*. 2020;(35):218-36.
16. García Salvador MT, Garrido Rodríguez N, Ribes Gadea V, Gómez Royuela L, Forcano Sanjuan S, Ruiz García V. Conocimiento y valoración de las voluntades anticipadas del personal sanitario de unidades de hospitalización a domicilio, oncología médica, hospitales de día y servicios de urgencias. *Med Paliat*. 2019;26:227-35.
17. Fan E, Rhee JJ. A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting. *Aust J Prim Health*. 2017;23:80-6.
18. Sinclair C, Gates K, Evans S, Auret KA. Factors Influencing Australian General Practitioners' Clinical Decisions Regarding Advance Care Planning: A Factorial Survey. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51:718-727.e2.
19. De Vleminck A, Batteuw D, Demeyere T, Pype P. Do non-terminally ill adults want to discuss the end of life with their family physician? An explorative mixed-method study on patients' preferences and family physicians' views in Belgium. *Fam Pract*. 2018;35:495-502.
20. Sharp T, Barclay S, Malyon A. GPs' perceptions of advance care planning with frail and older people: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2018;68:e44-53.
21. Glaudemans JJ, De Jong AE, Philipsen BDO, Wind J, Willems DiL. How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study. *Fam Pract*. 2019;36:219-24.
22. Aultman J, Baughman KR, Ludwick R. A broader understanding of care managers' attitudes of advance care planning: A concurrent nested design. *J Clin Nurs*. 2018;27:3572-82.
23. Díaz de Argote-Cervera P, Puerta-Carretero M, Bernabé-Villena M, Herrera-Martín E, Vinagre-Rea G, Martínez-González M, et al. Análisis del grado de conocimiento e interés de los profesionales sanitarios de nefrología sobre la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. *Enfermería Nefrológica*. 2022;25:264-9.
24. Blackwood DH, Vindrola-Padros C, Mythen MG, Walker D. Advance-care-planning and end-of-life discussions in the perioperative period: a review of healthcare professionals' knowledge, attitudes, and training. *Br J Anaesth*. 2018;121:1138-47.
25. Poveda-Moral S, Bosch-Alcaraz A, Falcó-Pegueroles A. La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*. 2020;50:189-203.
26. Chan HYL, Ng JSC, Chan KS, Ko PS, Leung DYP, Chan CWH, et al. Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018;87:26-33.
27. Nortje N, Zachariah F, Reddy A. Advance Care Planning conversations: What constitutes best practice and the way forward: Advance Care Planning-Gespräche: Was Best Practice ausmacht und wie es weitergehen kann. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2023;180:8-15.
28. Rosa WE, Izumi S, Sullivan DR, Lakin J, Rosenberg AR, Creutzfeldt CJ, et al. Advance Care Planning in Serious Illness: A Narrative Review. *J Pain Symptom Manage*. 2023;65(1):e63-78.
29. García ASJ, Andrade EEF, Fernández MscLP. Factores que limitan la planificación de voluntades anticipadas desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Qualitas*. 2023;26:013-37.
30. Risk J, Mohammadi L, Rhee J, Walters L, Ward PR. Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMJ Open*. 2019;9(9).
31. Dittborn Bellalta M. Conocimientos y actitudes de profesionales de cuidados paliativos sobre Voluntades Anticipadas en Región Metropolitana, Chile. *Revista Colombiana de Bioética*. 2019;13:36-49.
32. Scholten G, Bourguignon S, Delanote A, Vermeulen B, Van Bozem G, Schoenmakers B. Advance directive: does the GP know and address what the patient wants? Advance directive in primary care. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1).
33. Sepúlveda-Sánchez JM, Rivas-Ruiz F, Chica-Rama A, Padilla-Galo A, Cebrián-Gallardo JJ, Canca-Sánchez JC. Evaluación de la atención sanitaria en el proceso de muerte de pacientes con patologías respiratorias. *Med Paliat*. 2019;26:218-22.

34. Trevizan FB, Paiva CE, De Almeida LF, De Oliveira MA, Bruera E, Paiva BSR. When and how to discuss about palliative care and advance care planning with cancer patients: A mixed-methods study. *Palliat Support Care*. 2024;22(2):387-95.
35. Toro Flores R, Silva Mato A, Piga Rivero A, Alfonso Galán MT. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013;45(8):404-8.
36. Arruda LMA de, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MV de C. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019;18:eRW4852.
37. Jiménez Rodríguez JM, Allam MF. Conocimiento, actitud y planificación de la voluntad vital anticipada en el Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba. *Medicina General y de Familia*. 2015;4(4):114-8.
38. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(2):209-14.
39. Wang J, Zhou A, Peng H, Zhu N, Yang L, Zheng X, et al. Effects of advance care planning on end-of-life decisions among community-dwelling elderly people and their relatives: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2023;12(3):571-83.
40. Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APMA. What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060201.