



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

UTILIDAD DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE A LA HORA DE TOMAR DECISIONES

Julieta García Fuente

TUTORA: Laura Morchón Álvarez

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El presente trabajo analiza la importancia del documento de instrucciones previas como herramienta clave para garantizar el derecho del paciente a tomar decisiones libremente sobre los aspectos que afectan a su salud. Este documento, también conocido como testamento vital o voluntades anticipadas, permite que los pacientes expresen de manera anticipada sus deseos sobre tratamientos médicos en situaciones en que puedan encontrarse incapacitados para decidir de manera autónoma.

En el ámbito de la práctica clínica, respetar la autonomía del paciente constituye un valor ético fundamental. Sin embargo, en contextos con enfermedad crónica, estados terminales o situaciones de urgencia, los sanitarios pueden enfrentarse a la incertidumbre respecto a la voluntad del paciente. El documento de instrucciones previas aporta una guía para intentar que las decisiones sanitarias estén alineadas con los valores y preferencias de la persona.

Este trabajo aborda los aspectos legales, éticos y prácticos del uso de las instrucciones previas, destacando su impacto tanto en la toma de decisiones médicas como en la relación entre el paciente, sus familiares y el equipo sanitario. Se analizan también las barreras que limitan su implementación, como el desconocimiento de los pacientes sobre su existencia, la falta de formación del personal sanitario y los posibles conflictos éticos.

Finalmente, se plantea la necesidad de fomentar la difusión y la accesibilidad de estos documentos, así como la formación de los profesionales sanitarios en comunicación y ética clínica, con el objetivo de promover un enfoque de atención que tenga como eje al paciente y el respeto de su autonomía.

Palabras clave: Instrucciones previas, testamento vital, autonomía del paciente, toma de decisiones, atención centrada en el paciente, voluntades anticipadas.

ABSTRACT AND KEYWORDS

This paper analyzes the importance of the advance directives document as a key tool to guarantee the patient's right to freely decide on matters affecting their health. This document, also known as a living will or advance directives, allows patients to express in advance their wishes regarding medical treatments in situations where they may be unable to make autonomous decisions.

In the context of clinical practice, respecting patient autonomy constitutes a fundamental ethical value. However, in cases of chronic illness, terminal states, or emergency situations, healthcare professionals may face uncertainty regarding the patient's wishes. The advance directives document provides clear guidance to ensure that healthcare decisions are aligned with the individual's values and preferences.

This paper addresses the legal, ethical, and practical aspects of using advance directives, highlighting their impact both on medical decision-making and on the relationship between the patient, their family members, and the healthcare team. It also examines barriers that limit their implementation, such as patients' lack of awareness about their existence, insufficient training among healthcare staff, and potential ethical conflicts.

Finally, the need to promote the dissemination and accessibility of these documents is raised, as well as the training of healthcare professionals in communication and clinical ethics, with the aim of fostering a patient-centered approach and respect for patient autonomy.

Keywords: Advance directives, living Will, patient autonomy, decision-making, patient-centered care, advance wishes.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
4. HIPÓTESIS.....	8
5. OBJETIVOS	9
6. METODOLOGÍA.....	10
7. RESULTADOS	11
8. DISCUSIÓN	20
8.1. Análisis DAFO	20
8.2. Aplicación para la práctica clínica.....	20
8.3. Futuras líneas de investigación.....	22
9. CONCLUSIONES	23
10. BIBLIOGRAFÍA	24
11. ANEXOS.....	28
11.1. Anexo I.....	28
11.2. Anexo II	29
11.3. Anexo III.....	30
11.4 Anexo IV.....	31
11.5 Anexo V	32
11.6 Anexo VI.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo.....	11
Figura 2: Esquema DAFO	20

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Comparación testamento vital católico y DMD	5
Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión	9
Tabla 3: Artículos seleccionados.....	10
Tabla 4: Análisis de lectura crítica para evaluación de revisión sistemática CASpe.....	28
Tabla 5: Análisis de lectura crítica para evaluación de estudio de cohortes CASpe.....	28
Tabla 6: Análisis de lectura crítica para evaluación de ensayo clínico aleatorizado CASpe.....	29

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DIP: Documento Instrucciones Previas
ACP: Advance Care Planning
DMD: Derecho Morir Dignamente
CASPe: Critical Appraisal Skills Programme España
MeSH: Medical Subject Headings
DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

1. INTRODUCCIÓN

Las instrucciones previas, son el documento mediante el cual una persona manifiesta anticipadamente su voluntad sobre el cuidado y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo, para que esa voluntad se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias, no se encuentre capacitado para expresarlas. (1)

Este documento ha sufrido una evolución muy significativa desde su creación hasta su implementación en España. A continuación, se va a detallar su desarrollo histórico:

Inicialmente, el concepto de testamento vital surgió en Estados Unidos en 1967 en el momento en el que Luis Kutner, abogado estadounidense propuso el “living will” como medio para que todas las personas pudieran redactar sus deseos respecto a los distintos tratamientos médicos en caso de encontrarse en situaciones críticas de incapacidad. (2,3) Sin embargo, no fue hasta 1990 cuando el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció que los pacientes que tienen capacidad pueden negarse a recibir un tratamiento médico y estableció un procedimiento para ejercer este derecho, que permitiera a los representantes de pacientes incapaces, tomar decisiones sobre este tema. (4)

Pronto, se vio la necesidad de que ese deseo del paciente de limitar los tratamientos médicos o de no recibir ninguno, se plasmara en un documento con validez jurídica que facilitase la toma de decisiones en casos de desacuerdo entre paciente y profesional sanitario y así la “Patient Self-Determination Act” dio el espaldarazo definitivo a los: Documentos de Voluntades Anticipadas. (5, 6, 7)

La ley contó con numerosos respaldos y algunas objeciones, aunque lo cierto es que, si bien cumplir con sus requisitos formales resultaba relativamente sencillo, alcanzar sus objetivos fundamentales requería transformaciones en la educación tanto del personal sanitario, como de la sociedad en general. (8)

Primeras iniciativas en España:

En España, el debate en torno a este asunto ha evolucionado gradualmente, dando lugar a una serie de propuestas legislativas y documentos que han sentado las bases para la regulación actual. (9, 10)

Los primeros indicios de interés por las instrucciones previas en España se remontan a la década de los 80. En ese momento, diversos colectivos sociales y profesionales de la salud comenzaron a plantear la necesidad de que las personas pudieran expresar sus preferencias sobre la atención que desean recibir en la etapa final de su vida. (9, 10)

Características de estas primeras propuestas:

- **Carácter pionero:** Las propuestas iniciales carecían de un marco legal sólido y se basaban más en reflexiones éticas y en la experiencia de otros países.
- **Enfoque bioético:** Se ponía el énfasis en la importancia de valorar la independencia y las decisiones del paciente, aliviar el sufrimiento y garantizar una muerte digna.
- **Limitaciones:** Estas propuestas se enfrentaban a diversos obstáculos, como la falta de consenso social y la oposición de ciertos grupos dentro de la sociedad y de la comunidad médica. (9)

La primera propuesta fue el Testamento Vital de la Asociación Derecho a Morir Dignamente. Este documento, elaborado en 1986, fue uno de los primeros intentos por ofrecer una herramienta práctica para que las personas pudieran expresar sus voluntades anticipadas y ha desempeñado un papel fundamental en la promoción y defensa del derecho a una muerte digna en España. (9)

El Testamento Vital elaborado por la “Asociación Derecho a Morir Dignamente” es un documento sencillo y accesible que permite a cualquier persona mayor de edad y con capacidad legal para tomar decisiones expresar de manera clara y concisa sus voluntades con respecto a la atención médica que desea recibir o

rechazar en caso de que se encuentre en una situación de enfermedad grave e irreversible. (11)

Este documento no solo detalla los tratamientos que se desean evitar (como la reanimación cardiopulmonar o la alimentación artificial), sino que también permite expresar preferencias sobre el lugar donde se desea morir, el tipo de cuidados paliativos y la compañía deseada en esos momentos.

Los objetivos que plantea el Testamento Vital elaborado por la asociación Derecho a Morir Dignamente son:

- **Autonomía del paciente:** Garantizar que la decisión sobre los cuidados al final de la vida recaiga en la propia persona, respetando su autonomía y dignidad.
- **Evitar el sufrimiento:** Prevenir situaciones de sufrimiento innecesario al final de la vida, asegurando que se respeten los deseos del paciente.
- **Facilitar la toma de decisiones:** Ayudar a los familiares y profesionales sanitarios a tomar decisiones difíciles en momentos de gran angustia, respetando la voluntad previamente expresada por el paciente.
- **Promover el debate social:** Fomentar el debate sobre la muerte digna y la importancia de garantizar una buena calidad de vida hasta el final.

Este testamento incluye los siguientes apartados:

- **Datos personales:** Nombre, apellidos, DNI y fecha de nacimiento del otorgante.
- **Designación de representante:** Nombramiento de alguien de confianza que asuma la responsabilidad de hacer valer las voluntades expresadas en el documento.
- **Voluntades específicas:** Expresión clara y concisa de los tratamientos que se desean o no se desean recibir, así como las preferencias respecto al lugar de muerte y los cuidados paliativos.
- **Fecha y firma:** El otorgante y dos testigos deben firmar el documento.

Los beneficios que pretendía eran proporcionar paz mental permitiendo a las personas vivir sus últimos años con mayor tranquilidad, sabiendo que sus deseos serán respetados, facilitando y ayudando a los familiares y profesionales sanitarios a tomar decisiones difíciles de manera más serena y respetuosa con la voluntad del paciente y proteger los derechos del paciente garantizando que se respete la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna.

Tres años más tarde, en 1989, la Iglesia Católica presentó su propia propuesta de testamento vital, que ponía el énfasis en la relevancia de brindar cuidados paliativos y de oponerse a la eutanasia. (12)

El Testamento Vital propuesto por la Iglesia Católica, a diferencia del elaborado por asociaciones como Derecho a Morir Dignamente, presenta una perspectiva más centrada en la dignidad de la vida y en el acompañamiento espiritual. Aunque ambos documentos comparten el objetivo de permitir a las personas expresar sus voluntades al final de la vida, existen diferencias significativas en su enfoque y contenido.

Los principios fundamentales del Testamento Vital Católico incluyen:

- **Santidad de la vida:** La Iglesia Católica defiende el carácter sagrado de la vida humana desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, por lo tanto, rechaza cualquier acción que tenga como objetivo acelerar el fallecimiento.
- **Dignidad humana:** El testamento vital católico enfatiza la importancia del respeto por la dignidad de la persona en cada etapa de la vida, incluyendo el final.
- **Cuidados paliativos:** Promueve activamente los cuidados paliativos como la mejor manera de acompañar a las personas durante el final de su vida, aliviando el sufrimiento físico y emocional.
- **Acompañamiento espiritual:** Recalca la importancia del acompañamiento espiritual durante la enfermedad y en la etapa final de la vida.

Por otro lado, el Testamento Vital incluye estos aspectos:

- **Aceptación de la voluntad de Dios:** Se expresa la aceptación de la voluntad divina y la confianza en que Dios acompañará en el momento de la muerte.
- **Rechazo de la eutanasia:** Se rechaza explícitamente la eutanasia y el suicidio asistido, considerándolas acciones contrarias a la dignidad humana.
- **Solicitud de cuidados paliativos:** Se solicita que se proporcionen cuidados paliativos adecuados para mitigar el dolor y el sufrimiento.
- **Acompañamiento espiritual:** Se pide que se garantice el acompañamiento espiritual durante la enfermedad y al final de la vida.
- **Designación de un representante:** Se designa a una persona de confianza para que vele por el cumplimiento de las voluntades expresadas.

Tabla 1: Comparación testamento vital católico y DMD

ASPECTO	TESTAMENTO VITAL CATÓLICO	TESTAMENTO VITAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
Enfoque	Centrado en la dignidad de la vida y el acompañamiento espiritual	Centrado en la autonomía del paciente y el derecho a decidir sobre el final de la vida
Eutanasia	Rechaza explícitamente la eutanasia	Admite la posibilidad de rechazar tratamientos que prolonguen la vida artificialmente
Suicidio asistido	Rechaza explícitamente el suicidio asistido	Admite la posibilidad de solicitar ayuda para morir en determinadas circunstancias

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, es importante destacar que ambos modelos de Testamento Vital, tanto el católico como el de Derecho a Morir Dignamente, tienen como objetivo común garantizar el respeto a la voluntad de las personas y evitar situaciones de

sufrimiento innecesario. Ambos documentos, aunque con enfoques diferentes, contribuyeron a visibilizar la necesidad de regular las voluntades anticipadas y a iniciar un debate público sobre este tema.

Propuestas legislativas iniciales

A partir de estos primeros documentos, se iniciaron los primeros intentos por regular las instrucciones previas a nivel legislativo. Sin embargo, estas propuestas iniciales no lograron concretarse en una normativa estatal por su carácter fragmentario ya que las propuestas legislativas iniciales se limitaban a regular aspectos concretos de las voluntades anticipadas, sin ofrecer un marco legal completo y por sus dificultades para alcanzar un consenso, a causa de que la diversidad de opiniones y la complejidad de los temas implicados dificultaban la elaboración de una normativa consensuada.

El definitivo avance en la regulación de las voluntades anticipadas en España es La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (13)

Aspectos destacados de esta ley:

- **Aceptación del derecho del paciente a ejercer su autonomía:** La ley reconoce el derecho de cada individuo para tomar decisiones acerca de su propio cuerpo y a rechazar tratamientos médicos.
- **Definición de instrucciones previas:** Se establece una definición clara de las instrucciones previas y se detallan los requisitos para su otorgamiento.
- **Registro de voluntades vitales:** Se crea un registro nacional para facilitar la consulta de las instrucciones previas en caso de necesidad. (13)

2. JUSTIFICACIÓN

La autonomía del paciente es un principio fundamental que permite que cada persona participe activamente en la toma de decisiones sobre su propia salud. En estas circunstancias, el documento de instrucciones previas, también denominado testamento vital o voluntades anticipadas emerge como un instrumento crucial para asegurar que las decisiones médicas se ajusten a las preferencias del paciente, incluso si este no puede manifestarlas de forma directa.

No obstante, a pesar de su validez legal y su importancia ética, la puesta en práctica de estos documentos continúa siendo insuficiente. Varios estudios han indicado que el desconocimiento de los pacientes, la insuficiente capacitación de los profesionales de la salud y los obstáculos en la comunicación acerca de este asunto constituyen un problema importante en su aplicación. Además, en numerosas situaciones, la falta de directrices precisas provoca desacuerdos entre familiares y el equipo de salud, lo que puede resultar en decisiones que van en contra de la voluntad del paciente.

La finalidad de este estudio es contribuir al desarrollo de estrategias que favorezcan una mayor difusión, comprensión y aplicación de las instrucciones previas, impulsando un enfoque asistencial que priorice el respeto por la autonomía del paciente.

Los hallazgos de este proyecto podrían ser beneficiosos para impulsar la formación de los profesionales sanitarios, facilitar el acceso de los pacientes a dichos documentos y proponer que se potencien en la práctica clínica. Por lo tanto, se pretende brindar una información que promueva la independencia del paciente y reduzca los conflictos éticos en el proceso de tomar decisiones clínicas.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta PICO: ¿La realización del documento de instrucciones previas en personas con enfermedades crónicas o degenerativas mejora la toma de decisiones al final de la vida en comparación con la no realización del documento de instrucciones previas?

- **P (problema o paciente):** Enfermedad crónica o degenerativa.
- **I (intervención a analizar):** Realización del documento de instrucciones previas.
- **C (comparación):** No uso del documento de instrucciones previas.
- **O (resultados):** Mejora en la toma de decisiones al final de la vida, respecto a las preferencias del paciente.

4. HIPÓTESIS

El desconocimiento tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud acerca del documento de instrucciones previas dificulta su implementación en la práctica clínica.

Los familiares de pacientes que han formalizado su documento de instrucciones previas experimentan menor carga emocional y conflictos en la toma de decisiones al final de la vida.

El uso de documentos de instrucciones previas en personas con enfermedades crónicas o degenerativas mejora la toma de decisiones en la etapa final de la vida, posibilitando una atención médica más acorde con sus deseos.

5. OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

Analizar la importancia del documento de instrucciones previas como herramienta clave para garantizar la autonomía del paciente con enfermedad crónica en la toma de decisiones relacionadas con su salud

- **Objetivos específicos:**

1. Identificar los factores que dificultan o facilitan la implementación del documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario.
2. Recopilar estrategias de comunicación utilizadas por los profesionales de la salud para informar al paciente sobre el documento de instrucciones previas y su impacto en la toma de decisiones.

6. METODOLOGÍA

Para elaborar la siguiente revisión sistemática acerca del documento de instrucciones previas, se ha llevado a cabo la lectura de múltiples artículos en las principales bases de datos en el ámbito sanitario, como son: Pubmed, Dialnet y Google Scholar.

Para realizar la estrategia de búsqueda se emplearon los descriptores “documento de instrucciones previas”, “testamento vital”, “voluntades anticipadas” y sus correspondientes en inglés. Estos descriptores han sido combinados a través de los operadores booleanos AND y OR. También se aplica la ecuación de búsqueda MeSH y DeCS.

Para seleccionar los artículos más adecuados al tema en desarrollo y a la pregunta PICO, se aplican los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 2: criterios de inclusión y de exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
• Artículos con texto completo. • Artículos en español o inglés. • Artículos entre el año 2010 y 2025. • Artículos de acceso gratuito	• Artículos sin posibilidad de leer el texto completo. • Artículos con idioma distinto del español o inglés. • Más de 15 años de antigüedad. • Artículos de acceso no gratuito.

Fuente: elaboración propia

Para evaluar la calidad de los artículos seleccionados para la revisión, se utiliza la herramienta CASPe.

La herramienta CASPe incluye entre 10 y 11 ítems según el diseño del estudio que se analice, y sus primeras preguntas actúan como filtros para determinar la validez inicial del artículo. En esta revisión, los estudios que recibieron una puntuación entre 7 y 8 fueron considerados de calidad metodológica media, mientras que aquellos con una calificación de 9 o más se clasificaron como de alta calidad.

7. RESULTADOS

Figura 1: Diagrama de flujo

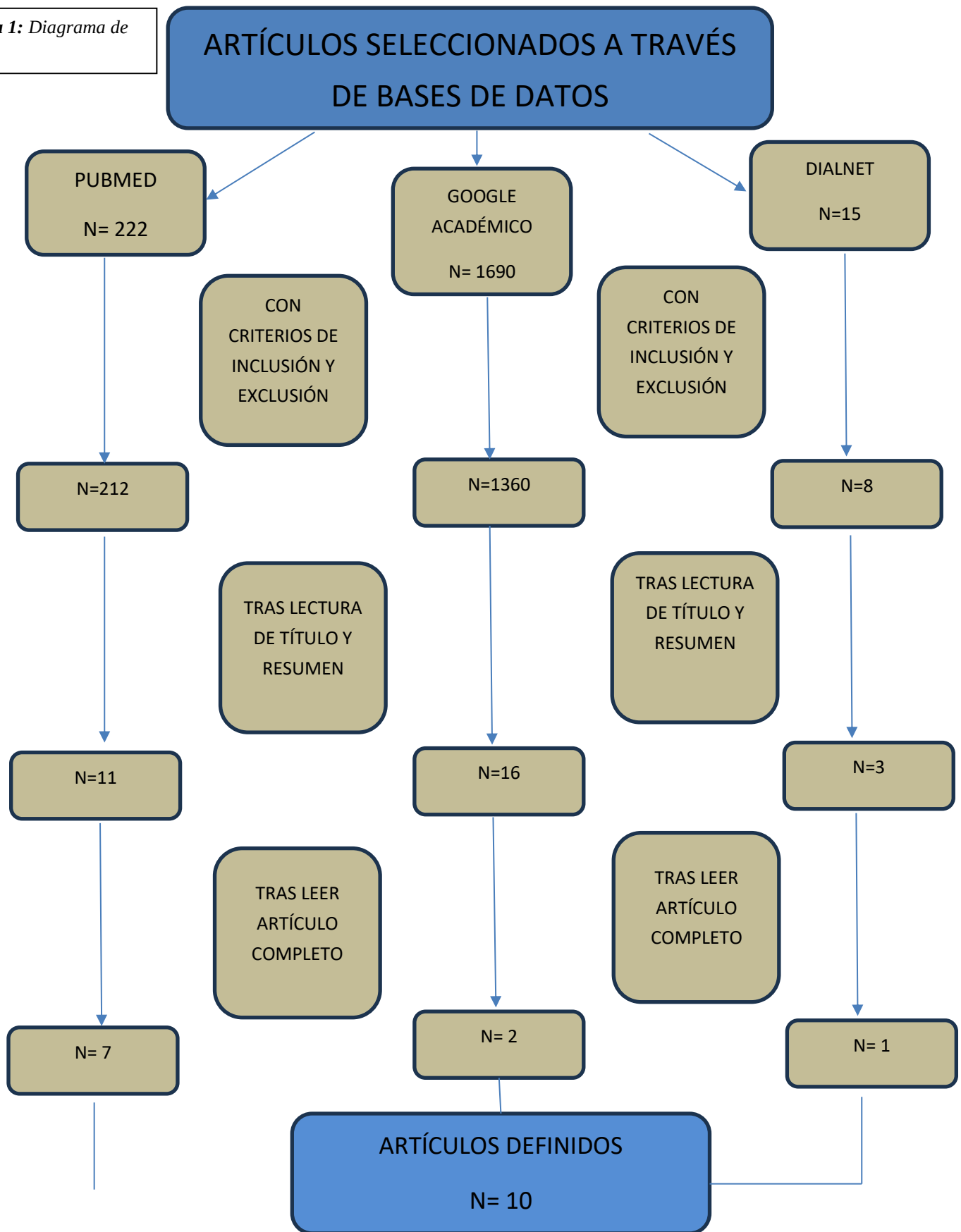


Tabla 3: artículos seleccionados

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Naturaleza y eficacia de los documentos de instrucciones previas (2016) Fernández Campos, J.A. (14)	Google Scholar	Análisis teórico-jurídico	No procede	El artículo revisa el valor legal y la utilidad práctica de los documentos de instrucciones previas dentro de la Ley 41/2002. Señala que estos documentos son expresiones formales, personales y revocables de la voluntad del paciente, con capacidad jurídica para guiar decisiones médicas cuando este no pueda hacerlo. Se destaca que son vinculantes par los profesionales sanitarios, excepto si contradicen la ley o las buenas prácticas clínicas. El autor subraya la importancia de que los sanitarios informen a los pacientes sobre este derecho y propone medidas para fomentar su uso, destacando su papel en la optimización de la atención al final de la vida.	No aplicable

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias (2011) Eugenia Ameneiros Lago, Carmen Carballada Rico, Juan Antonio Garrido Sanjuán. (15)	Dialnet	Revisión narrativa	No procede	El artículo expone el valor de las instrucciones previas como instrumento para garantizar la autonomía del paciente incapaz. Se enmarca en la planificación anticipada de decisiones, destacando que el documento es solo una parte de un proceso más amplio que incluye información, diálogo y reflexión personal. Se indican los beneficios para el paciente el profesional y los familiares, así como las limitaciones prácticas (desacuerdo familiar, dificultad para prever situaciones futuras, desconocimiento del tema). Los autores insisten en la necesidad de formar a los profesionales y la sensibilización social para integrar en la práctica clínica este documento.	No aplicable

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Planificación anticipada de la atención para personas con demencia: una revisión general de la eficacia y las experiencias (2020) Annelien Wendrich-van Dael, Frances Bunn, Jennifer Lynch, Lara Pivodic, Lieve Van den Block, Claire Goodman (16)	Pubmed	Revisión paraguas/Um brella review (síntesis de revisiones sistemáticas)	Estudios incluidos: 19 revisiones sistemáticas y 11 estudios primarios (n=163 estudios únicos)	Esta revisión paraguas analiza la efectividad de la planificación anticipada de cuidados (ACP) en personas con demencia. El estudio evidencia que la ACP se asocia con una mayor concordancia entre los cuidados recibidos y los deseos expresados, menos hospitalizaciones y mayor satisfacción de pacientes y cuidadores. También identifica barreras como la dificultad para elegir el momento idóneo para iniciar la ACP y el temor de los profesionales a causar angustia. El artículo concluye que la ACP mejora los resultados en personas con demencia, pero que se requiere más claridad sobre su definición y aplicación.	9/10

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Esperanza y planificación anticipada de la atención en el cáncer avanzado: ¿Existe una relación? (2022) Michael G. Cohen, Andrew D. Althouse, Robert M. Arnold, Hailey W. Bulls, Douglas B. White, Edward Chu, Margaret Q. Rosenzweig, Kenneth J. Smith, Yael Schenker. (17)	Pubmed	Ensayo controlado aleatorizado	672 pacientes con cáncer avanzado	Este estudio analiza si la planificación anticipada de los cuidados (ACP), incluyendo conversaciones sobre el final de la vida y la elaboración de documentos de instrucciones previas afecta al nivel de esperanza en pacientes con cáncer avanzado. La esperanza se midió al inicio y tres meses después. Los resultados muestran que, tras realizar el ACP los niveles de esperanza no disminuyen y además aumentan en algunos casos ligeramente. Esto se observa en los pacientes que mantiene una conversación al final de la vida y en aquellos que completan su documento de instrucciones previas. El estudio concluye que los temores de los profesionales sobre “quitar la esperanza” al hablar de decisiones al final de la vida no están justificados.	9/11

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Eficacia de una intervención de planificación anticipada de la atención en adultos que reciben diálisis y sus familias. (2024) Mi-Kyung Song Amita Manatunga, Laura Plantinga, Maureen Metzger, Abhijit V Kshirsagar, Janice Lea Emaad M Abdel-Rahman, Manisha Jhamb Emily Wu, Jacob Englert, Sandra E Ward (18)	Pubmed	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados	426 díadas (paciente + representante) en 42 clínicas de diálisis	Este estudio evaluó la efectividad de una intervención de planificación anticipada de cuidados (ACP), llamada SPIRIT, en pacientes en diálisis y sus representantes. En 42 clínicas se comparó la intervención con la atención habitual. La intervención consistió en sesiones guiadas para ayudar a los pacientes en la manifestación de sus deseos respecto a la atención al final de la vida. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo intervención tenían mayor concordancia con sus representantes sobre los objetivos del cuidado, menos conflicto en las decisiones y menos ansiedad en los representantes tras la muerte del paciente. Aunque no se centra de en la cumplimentación del DIP exclusivamente, se registraron las preferencias del paciente en la historia clínica y se trabajó activamente la toma de decisiones anticipadas.	11/11

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital (2011) Albert Antolín, Miquel Sánchez y Òscar Miró (19)	Google scholar	Estudio transversal comparativo	381 pacientes con enfermedades crónicas atendidos en urgencias (191 en 2003 y 190 en 2008)	Este estudio analiza la evolución en la comprensión del testamento vital y la disposición a redactarlo entre pacientes con enfermedades crónicas atendidos en urgencias en dos momentos diferentes (2003 y 2008). En 2008, a pesar de que los pacientes mostraban una mayor intención de involucrarse en la toma de decisiones médicas y una mejor comprensión de su enfermedad, el conocimiento sobre el testamento vital seguía siendo bajo y la disposición a redactarlo no varió con el tiempo. Los factores asociados a mayor predisposición fueron estar bien informado sobre la enfermedad y desear mayor implicación en las decisiones sanitarias.	8/11

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
El impacto de la planificación anticipada de la atención en los cuidados al final de la vida en pacientes de edad avanzada: ensayo controlado aleatorizado (2010) Karen M. Detering, Andrew D. Hancock, Michael C Reade, Guillermo Silvester (20)	Pubmed	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados	55 estudios incluidos	Este artículo evalúa la eficacia de la planificación anticipada de cuidados (ACP) en pacientes con enfermedades terminales, analizando múltiples intervenciones destinadas a ayudar a los pacientes a expresar sus deseos sobre la atención médica futura. Entre los resultados más destacados, se observa que la ACP aumenta significativamente la formalización de documentos de instrucciones previas, así como la calidad del diálogo entre pacientes, familiares y personal sanitario. Sin embargo, los autores señalan que aún no hay suficiente evidencia para afirmar que la ACP mejore de forma sistemática la congruencia entre los cuidados recibidos y las preferencias expresadas, ni para reducir el conflicto decisonal en todos los casos. A pesar de ello, el estudio concluye que la ACP, especialmente cuando incluye el uso de instrucciones previas, contribuye a fomentar la autonomía del paciente y a promover la planificación de la atención en el final de la vida. Se destaca la necesidad de más investigaciones de calidad para medir su impacto.	11/11

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Planificación anticipada de la atención en pacientes con enfermedad renal terminal: una revisión sistemática realista (2018) Peter O'Halloran, Helen Noble, Kelly Norwood, Peter Maxwell, Joanne Shields, Damian Fogarty, Fliss Murtagh, Rachael Morton, Kevin Brasil (21)	Pubmed	Revisión sistemática realista	62 artículos analizados (38 estudios empíricos, 24 revisiones, guías y opiniones)	Esta revisión analiza los factores o favorecen o dificultan la implementación de planificación anticipada de los cuidados (ACP) en pacientes con enfermedad renal terminal. Se identifican dos elementos claves que consisten en la formación de los profesionales sanitarios y la utilización de documentos de instrucciones previas adaptados culturalmente y de forma sencilla. Se concluye que la ACP produce una mayor congruencia entre paciente y representante, mejora la comunicación e incrementa la elaboración de documentos de instrucciones previas. Sin embargo, la falta de tiempo, los prejuicios culturales y la falta de formación específica suponen una barrera. Se destaca la importancia de integrar la ACP como actividad central en los servicios sanitarios.	9/10

Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Planificación anticipada de atención para adultos con insuficiencia cardíaca (2020) Yuri Nishikawa, Natsuko Hiroyama, Hiroki Fukahori, Erika Ota, Atsushi Mizuno, Mitsunori Miyashita, Daisuke Yoneoka, Joey Sw Kwong (22)	Biblioteca cochrane (Pubmed)	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados	9 estudios (1242 pacientes con insuficiencia cardíaca y 426 representantes)	El artículo evalúa la efectividad de la (ACP) en adultos con insuficiencia cardíaca. Los resultados muestran que esta facilita la expresión y documentación de las preferencias de los pacientes incluyendo la elaboración de documentos de instrucciones previas pudiendo disminuir el nivel de depresión. Aunque los efectos sobre la calidad de vida y la adecuación de los cuidados a las preferencias del paciente son inciertos por la limitada calidad de los estudios incluidos, se concluye que la ACP contribuye positivamente en la planificación de decisiones médicas en personas con enfermedades crónicas. El artículo, además, destaca la necesidad de mejorar la evidencia disponible mediante investigaciones de mayor calidad.	10/10

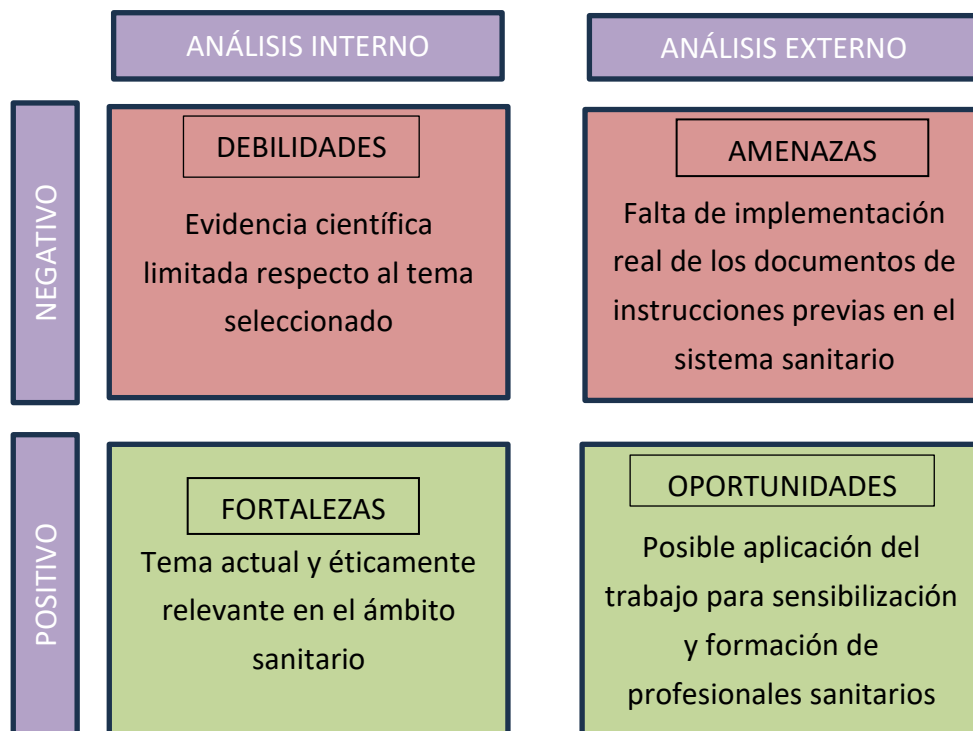
Artículos obtenidos Título, año y autor	Fuente	Diseño	Muestra	Resumen	Puntuación CASPe
Directivas anticipadas en la esclerosis lateral amiotrófica: una revisión sistemática y un metanálisis (2024) Anne Lisa Mangal, Martín Mücke, Roman Rolke, Iris Appelmann (23)	Pubmed	Revisión sistemática y metanálisis	24 estudios de pacientes adultos diagnosticados con ELA en diferentes contextos sanitarios internacionales	El artículo analiza la prevalencia y el impacto del documento de instrucciones previas en pacientes con ELA. Los resultados muestran que tan solo el 30% de esta población formalizó el documento. Por tanto, se identifican barreras como la falta de comunicación entre profesionales y pacientes y la falta de integración sistemática de estos documentos en el entorno asistencial. Por tanto, el artículo destaca la necesidad de mejorar el proceso de planificación anticipada para garantizar un mayor respeto de la autonomía del paciente afectados por enfermedades neurodegenerativas.	10/10

8. DISCUSIÓN

8.1 Análisis DAFO

El siguiente análisis DAFO presenta los factores externos e internos que abarca mi revisión sistemática, identificando tanto los elementos favorables (fortalezas y oportunidades) como los desfavorables (debilidades y amenazas).

Figura 2: Análisis DAFO



Fuente: Elaboración propia

8.2 Aplicación para la práctica clínica

La revisión de la evidencia muestra que la utilización del documento de instrucciones previas favorece una mayor concordancia entre la atención proporcionada y los deseos manifestados por el paciente, además de propiciar una toma de decisiones médicas más ética y centrada en la persona.

Desde la perspectiva clínica, los documentos de instrucciones previas deben dejar de concebirse como una mera formalidad documental y pasar a integrarse como una herramienta activa en el proceso de atención. Su adecuada implementación posibilita que el equipo sanitario tome decisiones en situaciones de pérdida de capacidad, basándose en la voluntad previamente expresada por el paciente. Esto resulta especialmente relevante en contextos como la atención al final de la vida, en los que la urgencia y la carga emocional dificultan la toma de decisiones.

La revisión también resalta que entre las barreras que dificultan su integración, destaca la escasa preparación de los profesionales sanitarios, tanto en normativa legal como en habilidades comunicativas. Por tanto, se propone como medida, la incorporación de contenidos sobre planificación anticipada de decisiones y ética asistencial en los programas de formación de grado y posgrado, así como en la formación continuada de profesionales. El rol de la enfermera es particularmente significativo, debido a su estrecha interacción con el paciente, lo que les coloca en una posición estratégica para fomentar esta conversación de manera proactiva.

Además, para que los documentos de instrucciones previas sean verdaderamente útiles en la práctica clínica, deben estar fácilmente accesibles en la historia clínica y deben ser actualizados con regularidad. Por otro lado, el desarrollo de protocolos institucionales que faciliten su integración en los circuitos asistenciales puede evitar que queden olvidados o sin efecto en momentos clave.

La implementación de este documento también tiene un impacto positivo en los familiares y representantes legales del paciente, ya que disminuye el conflicto decisional y el sufrimiento emocional asociado a tener que tomar decisiones importantes sin unas directrices claras. La existencia de las instrucciones previas aporta seguridad y respaldo a los familiares y promueve una atención más respetuosa y relacionada con los valores del individuo.

Finalmente, los resultados de esta revisión apoyan firmemente la necesidad de fomentar el uso efectivo de las instrucciones previas como parte integral del modelo de atención centrado en el paciente. Su adecuada implementación en la práctica clínica no solo fortalece el respeto por la autonomía del paciente, sino que también mejora la calidad de la atención en momentos de gran vulnerabilidad.

8.3 Futuras líneas de investigación

Una línea de investigación de interés respecto al documento de instrucciones previas, podría ser el estudio del momento idóneo para proponerle al paciente con enfermedad crónica o degenerativa, formalizar este documento. En muchas ocasiones, ya sea debido al desconocimiento acerca de él o la poca información que se proporciona sobre la planificación anticipada, el documento se formaliza demasiado tarde, cuando el paciente ya se encuentre en un estadio avanzado de su enfermedad o ya tiene afectada la capacidad de decisión. Esto provoca que la utilidad real de este tipo de documento quede mermada y dificulta que el tratamiento pueda basarse en los deseos del paciente. Es por ello que sería interesante ver en qué fase de la enfermedad (al diagnóstico, ante un empeoramiento...) sería conveniente realizar este trámite para garantizar la autonomía del paciente.

Otra posible línea de investigación, podría ser el establecimiento de un protocolo de revisión de los documentos de instrucciones previas registrados con una determinada antigüedad, ya que puede darse la circunstancia de que, en el momento de aplicarlos, la mejor evidencia científica disponible ya no sea la que influyó en los términos de la decisión del paciente al redactarlas.

En ambos casos debiera promoverse que la planificación anticipada forme parte de manera efectiva de la Atención Primaria.

9. CONCLUSIÓN

Si bien cualquier persona puede registrar sus instrucciones previas, hay grupos de pacientes como los que padecen una enfermedad crónica, una demencia en fase inicial, pacientes oncológicos o en diálisis, en los que está especialmente recomendado.

El número y calidad de los estudios existentes sobre efectividad de la planificación anticipada de cuidados, no permiten medir con datos estadísticos el impacto en cuanto a que los cuidados recibidos se correspondan con las preferencias expresadas por el paciente, pero todos ponen de manifiesto que integrar las instrucciones previas en la planificación de cuidados representa una herramienta valiosa para garantizar que los pacientes con enfermedades crónicas o degenerativas puedan ejercer su autonomía, siempre y cuando no se conciba como un simple formulario sino como el resultado de una profunda reflexión personal previo a un adecuado conocimiento de su enfermedad a través de una relación de calidad médico-paciente.

A su vez, el personal sanitario, informado de los valores éticos del paciente a través del documento de instrucciones previas, puede interpretar los deseos que ha hecho constar para sus momentos finales, promovándose así la buena práctica clínica y aportando seguridad ética y jurídica al personal sanitario.

Sin embargo, la baja tasa de formalización, incluso entre pacientes con enfermedades en estadios avanzados es indicativa de que sigue habiendo un desconocimiento generalizado sobre su existencia y utilidad.

Entre los profesionales sanitarios, también hay barreras como la falta de formación específica, pese a que el derecho a la autonomía del paciente debe respetarse en todo procedimiento de atención sanitaria. Además, el escaso tiempo de atención en consulta, impide que el profesional llegue a comunicar al paciente las ventajas de la planificación anticipada.

Parece que nos hemos quedado estancados en un momento de demasiado desarrollo legislativo, excesivamente centrado en el aspecto burocrático y hay que incidir en favorecer la implementación, sensibilizando a la población en general e integrando la formación del personal sanitario en esta materia.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Instrucciones Previas. (2017, marzo 2). Comunidad de Madrid.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/instrucciones-previas>
2. Kutner, L. (1969). Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. Indiana Law Journal, 44(4), 539-554.
<https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>
3. Lynch, H. F., Mathes, M., & Sawicki, N. N. (2008). Compliance with Advance Directives: Wrongful Living and Tort Law Incentives. Journal of Legal Medicine, 29(2), 133-178.
<https://doi.org/10.1080/01947640802080298>
4. Doallo, N. M. (2020). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. GÉNESIS, EVOLUCIÓN, FUNDAMENTOS Y BREVE COMPARACIÓN CRÍTICA CON EL MODELO ESPAÑOL. 30(2), 27.
https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-12/vol30n2_02_03_Estudio.pdf
5. Teoli, D., & Ghassemzadeh, S. (2023). Patient Self-Determination Act. En StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538297/>
6. Ley de Autodeterminación del Paciente (PSDA) | EBSCO Research Starters. (s. f.). Recuperado 6 de mayo de 2025, de <https://www.ebsco.com/research-starters/law/patient-self-determination-act-psda>

7. Holy Redeemer Hospital. (2021). Patient Self-Determination Act: Making your own health care decisions.
<https://www.redeemerhealth.org/sites/default/files/2021-03/SelfDeterminationAD.pdf>
8. Foster, A. W. (s. f.). Bacon, Eggs, and Advance Directives: The Patient Self-Determination Act 20 Years Later.
<https://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2011/foster.pdf>
9. Asociación Derecho a Morir Dignamente. (2024). Una breve historia del testamento vital. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2024/02/ANEXO-Una-breve-historia-del-testamento-vital.pdf>
10. Asociación Derecho a Morir Dignamente. (2018). Testamento vital. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/testamentovital.pdf>
11. Asociación Derecho a Morir Dignamente. (2025). Documento de instrucciones previas: Testamento vital Castilla y León (modelo con 3 testigos). https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2025/02/1.-TESTAMENTO-VITAL_CYL_3testigos_2025_rellenable.pdf
12. Nuevo texto del testamento vital de la CEE - Conferencia Episcopal Española. (2021, abril 23).
<https://www.conferenciaepiscopal.es/nuevo-testamento-vital-cee/>
13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (s. f.).

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

14. Campos, J. A. F. (2017). NATURALEZA Y EFICACIA DE LOS DOCUMENTOS DE INSTRUCCIONES PREVIAS. IUS ET SCIENTIA, 3(1), Article 1. <https://revistascientificas.us.es/index.php/ies/article/view/13262>
15. Ameneiros Lago, E., & Carballada Rico, C. (2011). Los documentos de instrucciones previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. Galicia Clínica, 72(3), 121–124. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4104087.pdf>
16. Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van Den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. International Journal of Nursing Studies, 107, 103576. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103576>
17. Cohen, M. G., Althouse, A. D., Arnold, R. M., Bulls, H. W., White, D. B., Chu, E., Rosenzweig, M. Q., Smith, K. J., & Schenker, Y. (2022). Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? Cancer, 128(6), 1339-1345. <https://doi.org/10.1002/cncr.34034>
18. Song, M.-K., Manatunga, A., Plantinga, L., Metzger, M., Kshirsagar, A. V., Lea, J., Abdel-Rahman, E. M., Jhamb, M., Wu, E., Englert, J., & Ward, S. E. (2024). Effectiveness of an Advance Care Planning Intervention in Adults Receiving Dialysis and Their Families. JAMA Network Open, 7(1), e2351511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.51511>
19. Antolín, A., Sánchez, M., & Miró, Ò. (2011). Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. Gaceta Sanitaria, 25(5), 412-418. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.009>

20. Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c1345.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>
21. O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Shields, J., Fogarty, D., Murtagh, F., Morton, R., & Brazil, K. (2018). Advance Care Planning With Patients Who Have End-Stage Kidney Disease: A Systematic Realist Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(5), 795-807.e18.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.008>
22. Nishikawa, Y., Hiroyama, N., Fukahori, H., Ota, E., Mizuno, A., Miyashita, M., Yoneoka, D., & Kwong, J. S. (2020). Advance care planning for adults with heart failure. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(2), CD013022.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013022.pub2>
23. Mangal, A. L., Mücke, M., Rolke, R., & Appelman, I. (2024). Advance directives in amyotrophic lateral sclerosis – a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative Care*, 23, 191.
<https://doi.org/10.1186/s12904-024-01524-1>
24. Materiales – Redcaspe. (s. f.). Recuperado 1 de mayo de 2025, de <https://redcaspe.org/materiales/>
25. Información sobre Instrucciones Previas. (s. f.). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado 11 de mayo de 2025, de <https://www.saludcastillayleon.es/es/instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas>

ANEXO I: Tabla 4. Análisis de lectura crítica para evaluación de revisión sistemática y metaanálisis CASPe.

Tabla 4: Análisis de lectura crítica para evaluación de revisión sistemática CASPe

	Art 3 (16)	Art 8 (21)	Art 9 (22)	Art 10 (23)
<u>¿Tema claramente definido?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Tipo de artículos adecuado?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Incluidos estudios importantes y pertinentes?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Esfuerzo suficiente para valorar la calidad de estudios incluidos?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Resultados mezclados para obtener resultados combinados?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Resultado global de la revisión?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Precisión de resultados?</u>	NO	NO	SI	SI
<u>¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>¿Los beneficios merecen la pena frente a perjuicios y costes?</u>	SI	SI	SI	SI
<u>Puntuación total</u>	<u>9/10</u>	<u>9/10</u>	<u>10/10</u>	<u>10/10</u>

ANEXO II: Tabla 5. Análisis de lectura crítica para evaluación de estudio de cohortes CASPe.

Tabla 5: Análisis de lectura crítica para evaluación de estudio de cohortes CASPe

	Art 4 (17)	Art 6 (19)
<u>¿Tema claramente definido?</u>	SI	SI
<u>¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</u>	SI	SI
<u>¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</u>	SI	SI
<u>¿Esfuerzo suficiente para valorar la calidad de estudios incluidos?</u>	NO	NO
<u>¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis de estudio?</u>	SI	SI
<u>¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</u>	SI	SI
<u>¿Cuál son los resultados del estudio?</u>	SI	NO
<u>¿Cuál es la precisión de los resultados?</u>	SI	SI
<u>¿Los resultados del estudio coinciden con la otra evidencia disponible?</u>	SI	SI
<u>¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</u>	SI	SI
<u>¿Va a cambiar eso tu decisión clínica?</u>	NO	NO
<u>Puntuación total</u>	<u>9/11</u>	<u>8/11</u>

ANEXO III: Tabla 6. Análisis de lectura crítica para evaluación de ensayo clínico aleatorio CASPe.

Tabla 6: *Análisis de lectura crítica para evaluación de ensayo clínico aleatorizado CASPe*

	Art 5 (18)	Art 7 (20)
<u>¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</u>	SI	SI
<u>¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</u>	SI	SI
<u>¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</u>	SI	SI
<u>¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?</u>	SI	SI
<u>¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?</u>	SI	SI
<u>¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?</u>	SI	SI
<u>¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</u>	SI	SI
<u>¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</u>	SI	SI
<u>¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</u>	SI	SI
<u>¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</u>	SI	SI
<u>¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</u>	SI	SI
<u>Puntuación total</u>	<u>11/11</u>	<u>11/11</u>

ANEXO IV: Declaración de voluntades anticipadas por la conferencia episcopal española.


**DECLARACIÓN DE INSTRUCCIONES PREVIAS
Y VOLUNTADES ANTICIPADAS**

A mi familia, al personal sanitario, a mi párroco o al capellán católico:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe _____, de sexo _____, nacido en _____ con fecha _____, con DNI o pasaporte nº _____ y tarjeta sanitaria o código de identificación personal nº _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ (ciudad, calle, número) y con número de teléfono _____,

MANIFIESTO

Que tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo:

Pido que, si llegara a padecer una enfermedad grave o incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico e irreversible, o cualquier otra situación crítica; que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento; que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el "suicidio médicamente asistido", ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico y que se me administren los sacramentos pertinentes.

Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad.

Designo para velar por el cumplimiento de esta voluntad, cuando yo mismo no pueda hacerlo, a _____ DNI _____, domicilio en _____ y teléfono _____ y designo como sustituto de este representante legal para el caso de que éste no pueda o quiera ejercer esta representación a _____ DNI _____, domicilio en _____ y teléfono _____.

Faculto a estas mismas personas para que, en este supuesto, puedan tomar en mi nombre, las decisiones pertinentes.

En caso de estar embarazada, pido que se respete la vida de mi hijo.

Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa o de duda, he redactado y firmo esta declaración.

Firma: _____ Fecha: _____

DNI:

Testigo
Domicilio y tño.
Firma
DNI

Testigo
Domicilio y tño.
Firma
DNI

Testigo
Domicilio y tño.
Firma
DNI

Aceptación del representante designado para velar por la voluntad del Otorgante.

Testigo
Domicilio y tño.
Firma
DNI

Aceptación del sustituto del representante designado para velar por la voluntad del Otorgante.

Testigo
Domicilio y tño.
Firma
DNI

ANEXO V: Declaración del testamento vital por la asociación DMD



TESTAMENTO VITAL*

PÁGINA 1

Yo _____, nacido/a el ____/____/____,
mayor de edad, con Documento de Identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____,
con domicilio en _____,
Localidad _____, CP _____, Provincia _____.

En plenitud de mis facultades, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, **declaro** que si en el futuro mi salud se deteriora de forma irreversible, hasta el punto de perder el uso de mis facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mí es **finalizar mi vida cuanto antes**, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

- Solicito que se ponga fin a mi vida cuanto antes mediante eutanasia.
- Considero un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad personal, el que algunos padecimientos graves crónicos e insuperables, como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzheimer o cualquier otra), provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales, que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores.
Por ello, aunque mi lo exprese, no lo recuerdo o a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, **en el momento en que no pueda valermi por mí misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada (GDS-FAST 5, según las escalas de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante eutanasia.**
- Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, **rechazo toda medida de soporte vital**, tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con flúidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, **solicito que se active mi sufrimiento con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir dormida con una sedación paliativa profunda mantenida hasta mi fallecimiento.**
En el caso de que existieran dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria.
- Si alguna persona profesional sanitaria se declarase ajena a conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (OPCIONAL) (Las personas representantes no pueden ser testigos)

DESIGNO como mi/s representante/s en el orden que figuran a:

PRIMER REPRESENTANTE
Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Teléfono/c: _____ / Email: _____
Firma: _____

SEGUNDO REPRESENTANTE
Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Teléfono/c: _____ / Email: _____
Firma: _____

*El Testamento Vital también se conoce como: Documento de Instrucciones Previas (DIP), Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), Manifestación Anticipada de Voluntades (MAV), Voluntades Vitales Anticipadas, Voluntades Previas o Expresión Anticipada de Voluntades.



TESTAMENTO VITAL

PÁGINA 2

DECLARACIÓN DE TESTIGOS (dos de los tres no deben ser familiares de hasta 3º grado, ni tener relación patrimonial, ni laboral con la persona otorgante. No pueden ser representantes)

Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO**:

Que D./Dª _____

Otorgante de este documento, en capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma: _____

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO**:

Que D./Dª _____

Otorgante de este documento, en capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma: _____

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO**:

Que D./Dª _____

Otorgante de este documento, en capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma: _____

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

D./Dª _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma: _____

**DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIA A
FORMULARIO ANTE TIRE 3 TESTIGO 8**

Yo, _____, nacido/a el día _____ de _____ de _____ con DNI/APELLIDOS/NOMBRE _____, con domicilio en (domicilio completo) _____ provincia _____ CP _____ localidad _____.

Acuerdo, libremente, con plena capacidad de obrar y tras una adecuada reflexión, hago constar las **INSTRUCCIONES FIRMADAS** que se describen en este documento.

Con estas instrucciones previas manifiesto anticipadamente **MI VOLUNTAD** al respecto de que todas las decisiones que se tomen en una situación futura en la que, **POR PADECIMIENTOS Y LIMITACIONES GRAVES EN MI ESTADO FÍSICO Y/O MENTAL, DE CARÁCTER PERMANENTE E IRREVERSIBLE, YO NO PUEDA CARRY DE DETERMINAR PERSONALMENTE MIS DECISIONES** acerca de los cuidados y el tratamiento de mi salud que pudiera necesitar, y/o sobre mi fallecimiento, y/o sobre el destino de mis órganos y mi cuerpo tras mi muerte.

Entre los padecimientos y limitaciones que me pueden llevar a esta situación irreversible se incluyen, por ejemplo:

- Estado oncológico avanzado.
- Estado cardíaco severo.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular (p.ej. enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, polio, parálisis cerebral, etc.) en fase avanzada y con falta de respuesta frente al tratamiento específico si lo hubiera.
- Enfermedad de Alzheimer o cualquier otra demencia, con independencia de su origen, cuando sea irreversible en fase avanzada.
- Cualquier otra patología o lesión, permanente e irreversible, de similar gravedad a las anteriores.
- Situación terminal, con una probabilidad de tiempo de vida limitado a pocas semanas o meses.
- Las complicaciones irreversibles de la enfermedad que padezca actualmente.

_____ de que evolución y pronóstico los médicos adecuada información (consultar en su procedo).

INSTRUCCIONES SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS

Se llegará a encontrarme en alguna de las situaciones descritas anteriormente, **CON CAUCALIA TOTAL IRREVERSIBLE E IRRETRACTABLE**, de forma constatada por dos médicos, de los cuales uno de los responsables del cuidado de mi salud respetará y cumplirá mi voluntad, en el sentido que expreso a continuación:

IMPORTANTE: Las con intención para evitar cualquier opción que pudiera resultar incompatible entre ellas. **En caso de que NO desee dar instrucciones en algún apartado concreto, o si aún no estoy claro/a decidí en esta sección, NO marcar ninguna opción dentro de ese apartado.**

a) Decisores sobre la proporcion de supervivencia: se me produce un deterioro de órganos vitales (corazón, pulmón, riñón...), cuya función pueda ser reemplazada por máquina u otros medios de soporte vital (ventilación artificial, diálisis, máquinas de reanimación cardíaca, etc.):

- ☐ **SI**, quiero que se me apliquen medidas artificiales de soporte vital, y prolongar mi supervivencia hasta donde sea médicamente posible.
- ☐ **NO**, quiero que se me apliquen medidas artificiales de soporte vital cuando solo sirvan como prolongar mi supervivencia, deseo que no se inicien o, en su caso, que sea interrumpido si hubieran iniciado antes.

1

b) Decisores sobre la eutanasia (prestación de ayuda para morir) según lo establecido en la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo) y en las que se desarrollan:

MI **PREFERENCIA** en relación con la **EUANASIA** es:

(Marcar SÍ/NO en este o en su caso; de lo contrario no me necesito señalar nada)

☐ **SI**, quiero que se me facilite la prestación de ayuda para morir si me encuentro en alguno de los requisitos citados previos en la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (definir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, como o insuperable en los términos establecidos en la ley)

☐ **NO**, en su caso, otras decisiones sobre mis cuidados y tratamientos, en relación con enfermedad o situaciones similares, cuando:

INSTRUCCIONES SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DESTINO DEL CUERPO

Las con intención para evitar cualquier opción que pudiera resultar incompatible entre ellas. **En caso de que NO desee dar instrucciones en algún apartado concreto, o si aún no estoy claro/a decidí en esta sección, NO marcar ninguna opción dentro de ese apartado.**

c) Decisores sobre la donación de mis órganos:

Si se produce el fallecimiento, en cuanto a la donación de órganos, deseo:

- ☐ Que se donen todos mis órganos y tejidos viables para trasplantar.
- ☐ Que se donen todos mis órganos y tejidos viables para trasplantar, **excepto** los siguientes: _____
- ☐ Que NO se donen ninguno de mis órganos para trasplantar.
- ☐ Que se donen el cerebro o tejido cerebral con fines de investigación en enfermedades neurodegenerativas.

d) Decisores sobre el destino de mi cuerpo

Si se produce el fallecimiento, en cuanto al destino de mi cuerpo, deseo:

- ☐ Entierro.
- ☐ Incineración.
- ☐ Donación del cuerpo para la investigación y/o ciencia.

e) En su caso, otras decisiones a tomar en cuanto a mi fallecimiento:

f) En su caso, otras decisiones a tomar en cuanto a mi fallecimiento:

2

g) Decisores sobre otros tratamientos médicos y/o técnicas sanitarias, diagnósticas o terapéuticas, que pudieran ser consideradas desproporcionadas o contraproducentes. (este apartado NO se refiere a los cuidados paliativos)

☐ **SI**, quiero que se me apliquen todos los tratamientos y técnicas sanitarias que pudieran ser consideradas médicamente apropiadas en mi situación actual, con el propósito de prolongar mi supervivencia.

☐ **NO**, quiero que se me apliquen procedimientos invasivos, si se me administran fármacos intravenosos, ni medicación, ni otros tratamientos complementarios extraordinarios, con el solo propósito de prolongar mi supervivencia. Deseo únicamente aquellos tratamientos cuya aplicación se indique para aliviar síntomas molestos o dolorosos (p.ej. por una infección urinaria, o por una obstrucción intestinal) con adecuación del esfuerzo terapéutico.

h) Decisores sobre la alimentación artificial en caso de pérdida de la capacidad de sorber, tragar o deglutir alimentos sólidos o líquidos.

☐ **SI**, quiero que se me administre alimentación artificial por cualquier vía (boca, gastrostomía, nutrición parenteral, etc.) en el caso de que no fuera capaz de sorber, tragar o deglutir alimentos sólidos o líquidos.

☐ **NO**, quiero que se me administre alimentación artificial ni forzada por cualquier vía (boca, gastrostomía, nutrición parenteral, etc.) en el caso de que no fuera capaz de sorber, tragar o deglutir alimentos sólidos o líquidos. En caso necesario, deseo que se me suministran los tratamientos médicos indicados para aliviar y paliar al máximo los síntomas causados por la falta de fluidos de alimentación.

i) Decisores sobre los cuidados paliativos (control del dolor y de otros síntomas cuando la enfermedad ya no responde a ningún tratamiento curativo).

☐ **SI**, quiero que se me suministran cuidados paliativos, con la atención y cuidados necesarios, incluyendo los fármacos indicados para aliviar y paliar mi malestar, sufrimiento físico y dolor físico. Deseo que la intensidad de los tratamientos paliativos que se me apliquen sea proporcional a la intensidad de los síntomas que presente, aunque como consecuencia de ello se pudiera producir un acortamiento en mi expectativa de vida en mi última fase o horas.

☐ **NO**, quiero que se me suministran cuidados paliativos.

j) Decisores sobre la sedación paliativa (disminución deliberada del nivel de conciencia mediante la administración de fármacos, a las dosis proporcional, con el objetivo de evitar un sufrimiento irreversible causado por uno o más síntomas que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles en un plazo de tiempo razonable, o para evitar el sufrimiento en la muerte).

Nota aclaratoria: no se lo mismo la **sedación paliativa** (cuya finalidad es disminuir el nivel de conciencia del paciente cuyos síntomas no pueden ser controlados de otra forma) que la **sedación profunda** (cuya finalidad es poner fin a la vida del paciente).

☐ **SI**, quiero que se me aplique la sedación paliativa.

☐ **NO**, quiero que se me aplique la sedación paliativa.

2

VALORES PERSONALES

Las con intención para evitar cualquier opción que pudiera resultar incompatible entre ellas. **En caso de que NO desee marcar ninguna opción, NO marcar ninguna opción dentro de este apartado.**

Para facilitar la interpretación de estas instrucciones, quiero dejar constancia de mis **VALORES Y FORMA DE VIVIR**. Para mi resulta **IMPORTANTE**:

DECLARACIÓN DE TRES TESTIGOS

IMPORTANTE: De los tres testigos firmantes, si menos dos **NO** deben tener relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad con la persona otorgante, ni tener una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho) con la persona otorgante, ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligatorio con la persona otorgante.

Los firmantes como testigos de la formalización de este documento de instrucciones previas **DECLARANDO** ser mayores de edad y tener plena capacidad de obrar y que, a nuestro juicio, la persona otorgante de este documento **no** capaz, actúa libremente, y en un acto único ha firmado el documento en nuestra presencia.

PRIMER TESTIGO

DNI/NIE		Fdo: _____
Domicilio (Calle, ☒ portal, piso, torre)		
Código Postal	Localidad	
Provincia		

SEGUNDO TESTIGO

DNI/NIE		Fdo: _____
Domicilio (Calle, ☒ portal, piso, torre)		
Código Postal	Localidad	
Provincia		

TERCER TESTIGO

DNI/NIE		Fdo: _____
Domicilio (Calle, ☒ portal, piso, torre)		
Código Postal	Localidad	
Provincia		

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

NO ES OBLIGATORIO DESIGNAR REPRESENTANTES, pero resulta muy recomendable, para asegurar que todos los personal de la compañía, singular por aquel, que velarán por el cumplimiento de sus instrucciones, en caso de que no llegasen a la situación de tener que aplicarlo. **Puede nombrarse una o varias personas, a fin de una al menos una.** A diferencia de los testigos, todos los representantes pueden tener vínculo laboral o de cualquier otro tipo con la persona otorgante.

IMPORTANTE: Las personas designadas como **REPRESENTANTES NO PUEDEN SER TAMPOCO TESTIGOS DEL ACTO DE FORMALIZACIÓN**. También pueden ser representantes: a) el personal habilitado para la gestión del Registro de Instrucciones Previas; b) el personal de la compañía que financien la gestión anterior de la persona otorgante; c) el personal auxiliar que deba aplicar las instrucciones previas al otorgante.

☒ Marque esta casilla si desea **DESIGNAR REPRESENTANTES**. En ese caso, sus representantes deberán cumplimentar y llevar el formulario adjunto de designación de representantes accesible en: <https://www.sedaport@aytohuar.es/serchidomdelregistro-instrucciones-previas> y **deberá adjuntarse dicha formulario adjunto a su solicitud.**

DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este documento, **DECLARO** que al menos dos de los firmantes como testigos no tienen ninguna relación de parentesco en primer ni en segundo grado, de consanguinidad o afinidad, ni tienen una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligatorio.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a sustituir o revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

En _____ a _____ de _____ de _____

(Lugar y fecha de formalización)

Firma

(Rubrica de firma legible, clara y repetitiva)