



Directrices anticipadas en anestesia geriátrica: enfoques prácticos para la toma de decisiones transoperatorias

Advance directives in geriatric anesthesia: practical approaches to intraoperative decision-making

Dr. Víctor Arturo Ramírez-Ruíz*

Citar como: Ramírez-Ruíz VA. Directrices anticipadas en anestesia geriátrica: enfoques prácticos para la toma de decisiones transoperatorias. Rev Mex Anestesiología. 2026; 49 (Supl. 1): s69-s70.

El envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y terminales, lo que plantea importantes retos éticos y clínicos en la atención del adulto mayor. El manejo adecuado de la información y la implementación de las directrices anticipadas son herramientas fundamentales para garantizar una atención centrada en la persona, respetuosa de su autonomía y orientada a la calidad de vida⁽¹⁾. Este artículo revisa los principios de la comunicación clínica en geriatría, las barreras más frecuentes, el papel de las directrices anticipadas en la toma de decisiones al final de la vida y los principales dilemas éticos asociados con su aplicación⁽²⁾.

Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de los pacientes a lo largo de todo el curso de la enfermedad, especialmente en etapas avanzadas o terminales. En el adulto mayor, esta labor adquiere mayor complejidad debido a los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales propios del envejecimiento. En este contexto, una atención integral que contemple los aspectos físicos, psicológicos, afectivos, espirituales y culturales resulta indispensable, así como una comunicación adecuada que permita responder a las dudas, temores y expectativas del paciente y su familia⁽¹⁾.

miento de la información y la toma de decisiones. Alteraciones sensoriales, deterioro cognitivo, comorbilidades y dependencia funcional representan desafíos importantes para la comunicación clínica. A ello se suman barreras relacionadas con el lenguaje, el nivel educativo, las creencias culturales y las dinámicas familiares.

Una comunicación efectiva en geriatría debe ser clara, empática, progresiva y adaptada a las capacidades del paciente. El uso de modelos estructurados para la transmisión de malas noticias facilita la comprensión, reduce el sufrimiento emocional y fortalece la relación médico-paciente-familia, promoviendo decisiones informadas y compartidas⁽¹⁾.

DIRECTRICES ANTICIPADAS

Las directrices anticipadas constituyen un proceso mediante el cual las personas expresan de manera anticipada sus valores, deseos y preferencias respecto a la atención médica que desean recibir en caso de perder la capacidad para decidir. En el adulto mayor, estas directrices adquieren especial relevancia debido a la mayor probabilidad de eventos agudos, deterioro cognitivo progresivo y situaciones de final de vida⁽³⁾.

MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN GERIATRÍA

El envejecimiento conlleva múltiples cambios que pueden afectar la comprensión, el procesa-

TOMA DE DECISIONES Y VALORACIÓN DEL PRONÓSTICO

La toma de decisiones en el adulto mayor debe basarse en una atención centrada en la persona,

* Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga». México.



su familia y su contexto sociocultural. La valoración del pronóstico es clave para establecer expectativas realistas, definir objetivos terapéuticos y evitar intervenciones desproporcionadas o fútiles. Las directrices anticipadas facilitan este proceso al alinear las decisiones médicas con los valores y deseos previamente expresados por el paciente⁽⁴⁾.

El caso del quirófano

Existen situaciones en las que es éticamente apropiado considerar una orden de no reanimar (DNR), fundamentándose en el respeto a la autonomía del paciente, quien tiene el derecho a rechazar intervenciones médicas no deseadas. Se enfatiza que el paro cardíaco suele representar la fase final del proceso de morir y que la decisión de no reanimar debe entenderse como parte de un abordaje integral de los objetivos de cuidado al final de la vida y no como la decisión más importante o aislada.

Se identifican tres situaciones principales en las que una orden DNR es apropiada:

1. Cuando el paciente toma una decisión informada de rechazar la reanimación cardiopulmonar (RCP).
2. Cuando la RCP es clínicamente inefectiva.
3. Cuando el médico y el paciente, o su representante, reconocen que las cargas de la RCP superan los posibles beneficios⁽⁵⁾.

En el contexto perioperatorio, es importante considerar que el paro cardíaco ocurrido en el quirófano puede diferir de aquel que se presenta en otras áreas hospitalarias, ya sea por la enfermedad subyacente del paciente o por complicaciones relacionadas con el procedimiento anestésico o quirúrgico. Además, muchas maniobras consideradas parte

de la reanimación (como intubación, ventilación o soporte inotrópico) forman parte rutinaria de la anestesia, siendo las compresiones torácicas y la desfibrilación los elementos distintivos de la RCP.

La decisión sobre la reanimación no debe ser única ni definitiva, sino reevaluarse ante cambios en el estado clínico, nuevos diagnósticos o modificaciones en el nivel de atención, incluido el ingreso a quirófano. Dado que la probabilidad de éxito de la reanimación en el quirófano suele ser mayor, el balance entre riesgos y beneficios puede ser diferente.

Finalmente, una orden DNR no equivale a «no tratar», existen múltiples procedimientos, incluidos los paliativos, que pueden mejorar el control del dolor, la calidad de vida o incluso la supervivencia. Desde un punto de vista ético, se considera inapropiado exigir la suspensión universal de una orden DNR para realizar una cirugía o anestesia, ya que esto vulnera la autodeterminación del paciente y puede constituir una forma de coerción⁽⁶⁾.

REFERENCIAS

1. Romero Rodríguez Y, López Tapia F, de Rosales Martínez J M, Martín Sánchez MA, Romero Coteló J, Galvez Mateos R. El manejo de la información en cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2013;10:425-432.
2. Podgorica N, Flatscher-Thoni M, Deufert D, Siebert U, Ganner M. A systematic review of ethical and legal issues in elder care. *Nurs Ethics*. 2021;28:895-910.
3. Benítez-Rosario MA, Alonso Babarro A, González Guillermo T. *Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos*. Barcelona: Medical Dosplus, SL; 2023.
4. House SA, Schoo C, Ogilvie WA. Advance directives. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
5. Sumrall WD, Mahanna E, Sabharwal V, Marshall T. Do not resuscitate, anesthesia, and perioperative care: a not so clear order. *Ochsner J*. 2016;16:176-179.
6. Shapiro ME, Singer EA. Perioperative advance directives: Do not resuscitate in the operating room. *Surg Clin North Am*. 2019;99(5):859-865.