

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST CIRUGÍA CARDIACA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA: REFLEXIONES DESDE LA COMPLEJIDAD DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO

Autores

Àngela Teixidó Martínez¹, Paula Ortiz Olmo¹, Mónica Ortiz Gavilán¹, Natividad Escobar Aguirre², Núria Pascual Pons³.

- 1** *Enfermera en la UCI de cirugía cardiaca del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*
- 2** *Auxiliar de enfermería en la UCI de cirugía cardiaca del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*
- 3** *Estudiante de enfermería en prácticas en la UCI de cirugía cardiaca del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*

Dirección para correspondencia

Àngela Teixidó Martínez
UCI Cardiaca
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Crta. Canyet s/n
08915 Badalona
Correo electrónico:
angela.teixido@telefonica.net

Resumen

Este artículo presenta nuestra experiencia en los cuidados de enfermería realizados a un varón de 79 años quien, tras ser asesorado debidamente, firma el consentimiento informado para ser operado de cirugía cardiaca (*bypass único*). Es dado de alta y enviado a planta y a los 20 días precisa reingreso en la unidad de cuidados intensivos de cirugía cardiaca con un cuadro de disnea severa, hipotensión y diaforesis. Dada la complejidad de los cuidados que precisaba, en su larga estancia en la unidad, fue necesario instaurar un plan de curas integral, supliendo algunas necesidades, acompañándole en momentos de debilidad y enseñando al enfermo nuevas maneras de actuación, con el fin de favorecer en la mayor brevedad posible la recuperación de su independencia. Este trabajo tiene como objetivo abrir un espacio de reflexión sobre la importancia de los cuidados centrados en la persona de edad avanzada y la complejidad de los mismos, mediante el uso del pensamiento crítico y reflexivo.

Palabras clave: cirugía torácica, longevidad, plan de cuidados, comorbilidad.

NURSING CARE AFTER CARDIAC SURGERY IN THE ELDERLY: REFLECTIONS FROM THE COMPLEXITY OF CARE PRACTICE.

Abstract

This article presents our experience in the nursing care provided to a 79-year-old male who, after having been duly advised, signed a written consent to undergo cardiac surgery (single bypass). The patient was transferred to the floor, but 20 days later he was to be readmitted in the cardiac surgery intensive care unit with a severe dyspnoea, hypotension and diaphoresis condition. Given the complexity of the care he needed, during his long stay in the unit it was necessary to establish a comprehensive care plan, fulfilling some of his needs, accompanying him in moments of weakness and teaching him new ways to act so as to favour the recovery of his autonomy in the shortest possible time. The aim of this work is to open a space for reflection on the importance of care focused on the elderly and on the complexity of such care through the use of reflective and critical thinking.

Keywords: Chest Surgery, Longevity, Care Plan, Comorbidity.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas estamos asistiendo a importantes cambios sociodemográficos, con un progresivo envejecimiento de la población incrementado por una importante disminución de la natalidad y grandes avances técnico-científicos que han comportado una mejora en la longevidad y en la calidad de vida.

Una de las principales causas de morbimortalidad en la población anciana de nuestro entorno, son las enfermedades del aparato circulatorio. El número de pacientes ancianos que acuden a los servicios de cirugía cardíaca con buena calidad de vida y expectativas de longevidad creciente, es cada vez mayor. Por otra parte, los avances en la técnica quirúrgica y los cuidados peri y post quirúrgicos han permitido intervenir a pacientes en edad avanzada con un riesgo razonable. Para el personal sanitario, muchas veces, el factor edad supone una barrera psicológica, que se identifica como un factor de riesgo elevado, esta actitud puede impedir que este sector de la población se vea beneficiado de una mejora en su calidad de vida, preservar su autonomía e independencia, no hemos de olvidar que la esperanza de vida a los 80 años es actualmente de 8,6 años. Las indicaciones para intervenir que se desprenden de los diferentes estudios publicados son, básicamente, las mismas que pueden establecerse a cualquier otra edad, solo hay que tener en cuenta que, al estar más limitada la reserva funcional y haber más comorbilidad, se hace necesario un grado de atención más alto y una valoración mucho más individualizada de cada paciente concreto^{1,2}. La cirugía cardíaca es un procedimiento complejo cuyas complicaciones posoperatorias pueden derivarse tanto de las comorbilidades preexistentes como del empleo de la circulación extracorpórea. En el posoperatorio inmediato, debido a una disminución transitoria del gasto cardíaco, ocurren importantes cambios en la fisiología normal del organismo, la circulación extracorpórea, puede desencadenar una respuesta inflamatoria generalizada, pudiendo verse alteradas la coagulación y comprometer el flujo microcirculatorio de varios órganos, conduciendo a una alteración de la función renal, neurológica y respiratoria, así como trastornos gastrointestinales y endocrinos³.

En cirugía cardíaca, el beneficio esperado, debe ser sustancial para justificar el riesgo quirúrgico, por lo tanto antes de indicar una cirugía hay que tener en cuenta la eventual comorbilidad, la esperanza de vida, la situación funcional y los previsibles apoyos social y familiar de que puede disponer¹. Los pacientes seleccionados, con escasa comorbilidad y buena calidad de vida, pero con una cardiopatía que limita su supervivencia, el riesgo quirúrgico es asumible, y en ocasiones la cirugía puede prolongar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida^{4,5}.

La enfermera de cuidados críticos debe adaptarse a las nuevas condiciones que presenta el paciente al que ha de atender, sustituyendo a la persona en aquellas actividades relacionadas con su salud que no puede realizar por sí misma y ayudando a la persona a recuperar su independencia en la mayor brevedad posible. Esto requiere una concepción del cuidado, más allá de la sustitución única de las necesidades vitales, centradas en la técnica y el rol de colaboración, descrito en diferentes modelos conceptuales como el de Virginia Henderson⁵.

El objetivo de este trabajo es reflexionar de forma crítica, mediante la exposición de un caso clínico, sobre la importancia de la aplicación de cuidados de enfermería integrales, dada la complejidad del rol enfermero en pacientes de edad avanzada, sometidos a cirugía cardíaca, que precisan de una larga estancia en una unidad de cuidados intensivos de cirugía cardíaca (UCICC).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de un varón de 79 años, al que nos referiremos a lo largo del texto como Sr. T.M.D., sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, claudicación intermitente, operado de herniorrafia bilateral y con enfermedad coronaria de varios años de evolución. Es autónomo para las actividades de la vida diaria. Desarrolla satisfactoriamente su rol profesional, personal y social manifestando multitud de inquietudes intelectuales.

Descripción del caso

Al Sr. T.M.D., se le realizó un cateterismo cardíaco en enero del 2012, en el que se observó enfermedad del tronco común y tres vasos. La ecocardiografía reflejó una fracción de eyección del 60 % y acinesia inferior mediobasal, la tomografía computarizada cardíaca mostró necrosis inferolateral con isquemia perilesional e isquemia moderada anteroseptal. Fue intervenido quirúrgicamente de un único *bypass*, con evolución posquirúrgica inmediata en la UCICC favorable, siendo trasladado a la unidad hospitalaria a las 36 horas.

A los 20 días de la intervención quirúrgica, reingresó en la UCICC por dolor anginoso con descenso del ST en la cara anterior y signos de insuficiencia cardíaca; disnea severa, hipotensión arterial y sudoración profusa. Dado el cuadro clínico se realiza un cateterismo cardíaco intervencionista, en el que se le colocaron tres *stents*.

Cuidados de enfermería

La valoración global del Sr. T.M.D., según el modelo conceptual de Virginia Henderson se presenta a continuación.

1. Respirar normalmente

Para realizar el cateterismo y dado el estado clínico que presentaba, se le intubó de manera electiva, precisando sedación y analgesia en perfusión continua. Pasados cinco días, al iniciar el proceso de destete tuvo importantes dificultades, por lo que a los 19 días se le realizó una traqueotomía percutánea. Tras varios intentos de destete ventilatorio fallidos, se decidió seguir con ventilación mecánica en modalidad de presión, soporte que se fue disminuyendo lentamente para facilitar la ventilación espontánea. Presentó dependencia a la ventilación mecánica, manifestándose con ansiedad severa a la desconexión accidental. Se le explicó que él podía respirar solo, sin la necesidad de respirador, se le facilitó un entorno relajado, enseñándole a realizar inspiraciones profundas, dejando salir el aire por boca lentamente. Necesitó de gran apoyo enfermero, tanto para facilitarle información, como dándole seguridad para ir avanzando en el *weaning*. A los 31 días de estancia en la unidad empieza a tolerar el destete con desconexiones horarias de 15 min.

En el momento del destete presentaba, frecuencia respiratoria de 24-28 respiraciones por minuto (rpm), respiración toraco-abdominal, expectoración productiva de mucosidad fluida y blanquecina, portador de humidificación.

Recibió la visita del fisioterapeuta una vez al día, para realizar ejercicios de recuperación respiratoria. Dada su implicación realizaba por sí mismo los ejercicios aprendidos durante el día.

2. Comer y beber adecuadamente

En su vida cotidiana es portador de prótesis dental completa. Durante la estancia en la UCICC se alimentó por sonda nasogástrica, con nutrición enteral continua, más un aporte hiperproteico, bien tolerado, sin retenciones gástricas y peristaltismo presente.

Una vez realizada la traqueotomía se inicia ingesta oral,

resultando fallida inicialmente por disfagia. Después de explicarle que en un principio la deglución había de ser un acto consciente, a los 15 días, se reinicia con gelatina sin presentar ninguna incidencia, mostrándose cauteloso y a la vez contento por el logro. El peso del paciente al ingreso en la unidad era de: 58Kg., una talla de: 168cm, con un IMC de: 20,55 Kg/m². A los dos meses del ingreso su peso se vio reducido su peso a: 52 Kg., por lo que su IMC disminuyó a: 18,42 Kg/m²; y proteínas totales nunca superiores a 60mg.

La prótesis dental se le quedó grande, disminuyéndole la capacidad para masticar, comentaba con la familia la necesidad de renovar su prótesis dental al llegar a casa, debido a su disminución de peso.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Precisó sondaje vesical para un mejor control de la orina, con una diuresis horaria de 100ml/hora. Se le administró soporte de diuréticos para conseguir balances negativos. Presentó diferentes episodios de infección de orina por lo que recibió tratamiento antibiótico endovenoso. A los 30 días de estancia se cambia la sonda vesical FOLEY de 16 Ch por una sonda FOLEY siliconada de 14 Ch debido a que el sondaje vesical se preveía de larga duración.

En su vida cotidiana padece de estreñimiento que maneja con diferentes laxantes. En la unidad, padeció de estreñimiento los primeros días, relacionado con la inmovilidad, los sedantes opiáceos y una dieta enteral pobre en fibras. Se le administraron enemas de limpieza, que resultaron poco productivos. Se decide modificar la dieta enteral e iniciar una dieta con alto contenido en fibra, produciendo deposiciones abundantes, llegando a tres por día, de consistencia semilíquida y color verde oscuro (no melenas). Este nuevo patrón deposicional fue responsable de la aparición de un eritema perianal y mucha incomodidad al no poder controlar sus deposiciones. En este momento el Sr. T.M.D. no recibía fármacos opiáceos, toleraba la sedestación y deambulaba con ayuda. Fue necesario adaptar de nuevo la pauta nutricional hasta conseguir controlar el ritmo y frecuencia deposicional, la integridad cutánea y el estado de ánimo.

Presentó varios episodios de diaforesis en el contexto de cuadros de insuficiencia cardíaca y/o ansiedad.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Movilizaba las cuatro extremidades en la cama. Al iniciar la sedestación se evidenció una importante disminución de la fuerza, debida a la miopatía generada en unidad de críticos, no tolerando la bipedestación y generándole un gran desánimo. Se comenzó a realizar ejercicios para la recuperación de fuerza muscular en piernas y brazos, primero con ayuda de enfermería y posteriormente de forma autónoma en la cama. Se implicó y colaboró en los ejercicios, y al igual que la fisioterapia respiratoria, los repetía a lo largo del día. A los 15 días toleraba la bipedestación y deambulaba hasta la silla con ayuda, sintiéndose muy satisfecho.

Su frecuencia cardíaca (FC) era de: 90-100 lpm en ritmo cardíaco propio, sinusal. Tensión arterial (TA):110/68 mmHg. En los momentos de agudización de su patología sus constantes vitales eran de TA: 78/40 mmHg; FC: 135 lpm y FR: 38 rpm, variando el ritmo cardíaco y realizando extrasístoles auriculares. Preciso fármacos antiarrítmicos y favorecedores de la contractibilidad miocárdica para regular la tensión arterial.

La coloración de las extremidades era rosada con buena temperatura.

Presenta cifosis dorsal y la enfermedad de Dupuytren en las manos que dificultaban la movilización, pero no la impedían.

5. Descansar y dormir

No dormía durante la noche, presentando signos claros de ansiedad. Refirió sobrecarga sensorial debido a la luz y el ruido de la unidad, la familia le trajo un antifaz para taparse los ojos y tapones para los oídos. Se inicia medicación antidepressiva y ansiolítica que se administraba a través de la sonda nasogástrica.

6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse

Durante los primeros días del ingreso y siguiendo la normativa de la unidad de críticos, el Sr. T.M.D. está en decúbito supino, cubierto solo con una sábana. Fue necesario el uso de dispositivos absorbentes durante los episodios de descontrol de ritmo deposicional, generando malestar e incomodidad que verbaliza. Al colocar el pantalón de pijama, refirió sentirse más confortable, colaborando en su colocación.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

Su temperatura basal oscilaba entre 35,5- 36°C con episodios de fiebre esporádica (38°C), debido a la infección urinaria. Refirió calor dada la temperatura más bien elevada de la unidad. Utilizaba únicamente unos pantalones de pijama de algodón y una toalla por encima de los hombros. Durante la noche precisaba de una sábana.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Apariencia muy cuidada, piel íntegra, uñas de manos y pies limpias y bien cortadas. Le da mucha importancia a su aseo personal, que se realizaba durante el turno de tarde, para respetar el sueño nocturno. Necesitaba ayuda para la higiene bucal.

Presentaba la piel y mucosas íntegras, aunque algo secas. Se le aplicó hidratación corporal con lociones emolientes y ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de apoyo, para disminuir el riesgo de aparición de úlceras por presión. Escala de EMINA: 6-7 puntos (riesgo moderado).

Higiene ocular diaria, además de administración de lágrimas artificiales para evitar la sequedad corneal. Le gustaba que lo afeitáramos y le pusiéramos colonia. Tanto él como la familia solicitaron los servicios del barbero del hospital para que le cortar el cabello. El Sr. T.M.D. colaboró activamente durante el procedimiento.

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

Se colocaron barandas para prevenir riesgo de caídas. El paciente era portador de catéter venoso central, para infusión de medicación y retirada de muestras sanguíneas. El paciente llevaba sonda vesical siliconada 14 Ch. El paciente tenía una herida quirúrgica media esternal, sin ninguna alteración.

Estaba muy contento de ver a su familia y refería sentirse muy querido. A destacar que dos de sus hijos y sus dos nietos, viven a más de 130 km. del centro hospitalario. Su mujer trasladó su residencia a casa de otro hijo que reside más cerca del centro, viniendo a visitarlo diariamente. La familia empieza a expresar cansancio debido al largo ingreso en la unidad de críticos y la novedad que les supone esta situación. Se hace necesario planificar con la familia la frecuencia de las visitas, explicándoles la importancia de gestionar su propio tiempo, sus necesidades y la expresión de sus emociones.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Presentaba dificultad para hablar debido a la traqueotomía, aunque se comunicaba bien con signos y escribiendo en una hoja de papel con un bolígrafo. Estaba consciente, orientado en

tiempo y espacio sin ninguna alteración neurológica. Audición correcta y visión corregida con gafas. Leía el periódico que le traían diariamente sus familiares. No le gustaba leer las noticias de fechas pasadas, prefería estar al día. Expresó su miedo a morir en diversas ocasiones, sintiéndose muy triste y expresándolo con lágrimas. Al explicarle los objetivos de su evolución propuestos para el día a día, colaboraba con sus cuidados y al ir viendo la buena evolución nos explicaba sus planes para el futuro. Expresaba una gran ilusión por curarse para poder ir con su familia a celebrar su 80 aniversario dentro de tres meses.

11. *Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias*

Conocía la gravedad de su estado. No solicitó ningún servicio religioso, ni la entrada de sus familiares a la unidad fuera de las horas de visita existentes.

12. *Ocuparse y sentirse realizado*

Empresario jubilado. Acude normalmente a la oficina de su empresa. Es marido, padre de dos hijos y una hija y abuelo de dos nietos. Se interesó por sus tareas fuera del hospital solicitando a sus hijos que le informaran sobre el funcionamiento de sus actividades extrahospitalarias. Decía quedarse más tranquilo al ser informado. En el nuevo estado que se encontraba, tiene miedo de no poder seguir con sus actividades diarias y de no poder ocupar su tiempo como hasta ahora. Le animamos a que cuando salga del hospital, escriba algún documento relatando las vivencias que ha tenido con el personal de enfermería. Comenta con la familia su ilusión de ir a celebrar con ellos el día de su cumpleaños y de escribir el relato de su estancia hospitalaria.

13. *Participar en actividades recreativas*

En su vida cotidiana, va a la oficina, lee el periódico, hace pasatiempos, pasea, se reúne con los amigos durante la semana para comer y jugar a las cartas. Le gusta navegar. En la unidad, escuchaba la radio, leía los periódicos del día que le traían sus hijos, hacia algún pasatiempo y hablaba con el personal sanitario.

14. *Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles*

Nivel de estudios universitarios. Preguntaba acerca de todo lo que se le hacía en referencia a sus cuidados. Le gustaba recibir información de todas las actividades que le íbamos a realizar, para poder colaborar en su autocuidado y reducir su estancia hospitalaria. Con el objetivo final de celebrar su 80 aniversario, cada día, junto con el personal de enfermería se iba marcando y cumpliendo pequeños objetivos para ir mejorando, así como: tragar la saliva, sostenerse en pie, deambular, ejercicios respiratorios, aprender a comer con la traqueotomía, etc.

DISCUSIÓN

Las particularidades del Sr. T.M.D. obligan a considerar ciertos aspectos directamente relacionados con el cuidado enfermero como las características personales, culturales, familiares y la posición adoptada frente la evolución de su recuperación. La experiencia adquirida con el Sr. T.M.D. nos hizo reflexionar sobre la importancia del rol enfermero a lo largo de todo el proceso, creemos que refleja la complejidad de los cuidados de enfermería que requiere un paciente de estas características. Se aplicó un plan de cuidados integral para poder recuperar su independencia lentamente, tal y como precisaba su estado de salud, esto favoreció tanto su motivación como la implicación y colaboración para su autocuidado y recuperación.

De acuerdo con Virginia Henderson, la función de enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación o asistirle en los últimos momentos, actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios y buscará la forma de ayudarlo a independizarse lo más rápidamente posible⁶. El Sr. T.M.D. precisó intervenciones de suplencia en los cuidados de todas sus necesidades, durante los días que estuvo sedado. Los días que permaneció despierto, la actuación de enfermería fue encaminada a facilitar los conocimientos necesarios para que realizara acciones dirigidas a conseguir su independencia en el menor tiempo posible. Era un paciente muy colaborador en sus cuidados.

Creemos que este caso refleja una realidad cotidiana en que la edad no debe ser un factor excluyente que nos pueda hacer pensar, que un paciente no va a alcanzar de nuevo la autonomía suficiente para satisfacer sus necesidades.

Para la enfermera, la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende hacia la independencia⁶.

Elegimos este caso, no solo porque requería los cuidados enfermeros para conseguir a través de éstos, la restauración de la salud a nivel biomédico, sino que precisó de un plan de cuidados de enfermería individualizado para que no se vieran afectadas el resto de esferas psicosociales: Negociar el régimen de visitas, facilitar una reunión con los hijos para recibir información de temas personales que lo tenían muy preocupado, gestionar el cansancio de los familiares.

La teoría de Jean Watson^{7,8} más recientemente, se apoya en siete supuestos básicos de la ciencia del cuidado de enfermería:

1. El cuidado solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de forma interpersonal.
2. Está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar, posibilitando el desarrollo de aptitudes y permitiendo a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un determinado momento.
4. Las respuestas del cuidado aceptan a la persona no solo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más «salud-genético» que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para originar o promover la salud y para ofrecer cuidados a quienes están enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para enfermería.

Esta teoría, identifica unos ejes centrales relacionados con la capacidad de la persona de elegir, de autocontrol, de autoconocimiento y la capacidad del uso de sus recursos para la autocuración.

El equipo de enfermería percibió la predisposición y voluntad del Sr. T.M.D. de intervenir en su recuperación y así pudimos encaminar nuestras intervenciones a transmitirle los conocimientos necesarios para que participara activamente en su recuperación. La información facilitada al Sr. T.M.D. hizo disminuir la ansiedad que le producía estar en un lugar extraño, con gente desconocida. Necesitaba controlar su recuperación, los pequeños logros conseguidos a diario hicieron que el paciente viera cómo evolucionaba

favorablemente y se creara un vínculo con enfermería de complicidad para seguir mejorando.

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera^{7,8}. Sin embargo, y a pesar de que la práctica del cuidado es el elemento esencial de la práctica enfermera en el ámbito humano, esta ha ido perdiendo interés para el sistema sanitario fruto de los avances tecnológicos, la medicalización y los reajustes institucionales, llegando a superar en algunos casos la epistemología del cuidado de enfermería. Watson sostiene que «*ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería*»⁶.

En personas de edad avanzada, tanto los profesionales sanitarios como los familiares consideran la gravedad de su estado o la misma edad como factor condicionante de ingreso. Diversas evidencias muestran que la eficacia de la UCI es siempre mayor en virtud de la autonomía y la calidad de vida previa del paciente, con independencia de otros factores. Asimismo, estos estudios indican que las cargas de trabajo y el tiempo de estancia aumentan, variando notablemente los resultados en función del tipo de ingreso, y siendo los indicadores mencionados mucho más favorables en unidades de cirugía programada. Esto pone de manifiesto que los resultados favorables a largo plazo se asocian principalmente con la autonomía funcional y la gravedad de la enfermedad subyacente. En una unidad de cuidados críticos, el soporte de las necesidades vitales se hace prioritario ya que de ellas depende la vida del enfermo. Dada la complejidad, la alta tecnología, y la fácil aplicación de un método de cuidado biomédico, muchas veces, pasan desapercibidas algunas de las necesidades que presentan un déficit real o potencial en el enfermo, a las que nos referimos como «no vitales» no llegando a proporcionar un cuidado integral. En personas de edad avanzada, la alteración de estas necesidades «no vitales» se ven aumentadas y la atención a todas ellas supone un aumento de las cargas de trabajo. En el caso expuesto se vieron incrementadas las cargas de trabajo, ya que explicábamos y negociábamos con el paciente todas las intervenciones que se le realizaban, para cubrir las diferentes necesidades alteradas, y las que presentaban riesgo de verse alteradas, suponemos que debido al nivel académico y su gran necesidad para poder participar en la curación de su enfermedad de manera independiente. Asimismo, debe tenerse en cuenta la gran variabilidad de trayectorias profesionales presentes en nuestros hospitales, donde no es extraño ver a enfermeras noveles en unidades altamente especializadas, cuya práctica profesional viene guiada por la necesidad de aprender las reglas básicas de sus tareas, alcanzar una tarea específica a la vez y seguir las instrucciones de cada tarea paso a paso.

Esta es otra de las reflexiones que nos hicimos conjuntamente ya que coincidimos en la aplicación del plan de cuidados desde enfermeras con maestría (adquirida con años de profesión y formación en cuidados críticos), enfermeras noveles y estudiantes de enfermería.

En situaciones de alta complejidad de cuidados, como la del Sr. T.M.D. es imprescindible la presencia y liderazgo de enfermeras expertas, descritas por Benner y cols^{3,9} como

aquellas que desarrollan notablemente la intuición, resultan una fuente sólida de conocimientos, buscan activamente métodos más eficaces y analizan más allá de las reglas establecidas, asegurando así la aplicación de cuidados de enfermería holísticos. Esta descripción de la enfermera experta, refleja el buen hacer de las enfermeras que lideraron la aplicación del plan de cuidados integral y aseguraron que ninguna esfera fuera olvidada y que no supliéramos las necesidades del Sr. T.M.D. de manera rutinaria, sino que fuéramos negociando y dejándole participar en sus cuidados poco a poco, según su ritmo, hasta conseguir su independencia.

Cada interacción del cuidado debe ser diferente porque son diferentes los personajes, el profesional no ha de actuar siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica, sino que ha de perseguir comprender la racionalidad humana y no alejarse de la individualización de los cuidados, partir del propio individuo para promover su responsabilidad en el cuidado, su capacidad de aprender y de decidir ha de ser la base en la relación del cuidado.

Según cita de A. Bonafont en su artículo «El cuidar de los ancianos», Colliere¹⁰, nos dice que los cuidados de enfermería son la expresión de una relación de interdependencia que solo tiene sentido y solo puede ser eficaz dentro de un círculo de intercambios donde cada cual, da y recibe, se desarrolla y se forma de todo aquello que hace difícil la vida y que al mismo tiempo, despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, la estimula y libera la posibilidad de afirmarse mutuamente.

La edad en sí misma, no debería ser un factor limitante en la aplicación del tratamiento intensivo a los pacientes ancianos, siendo imprescindible tener en cuenta la calidad de vida previa y posterior al ingreso en la UCICC. No obstante, es frecuente que se planteen dudas sobre la idoneidad de seguir adelante cuando se prolonga la estancia en una unidad de críticos de un paciente de edad avanzada. Los cuidados de enfermería a personas ancianas resultan complejos dada la fragilidad y la pluripatología, siendo necesaria un personal de enfermería experto en todas las fases del proceso de atención enfermero, que considere tanto o más importantes las intervenciones técnicas como muchas otras tareas sencillas (a la par que complejas) cuya repercusión en la evolución del caso pueden resultar cruciales. En el caso descrito se presentó este dilema: Tanto en los días que el Sr. T.M.D. estaba en estado muy crítico, como durante el largo y complejo destete, sobre todo por parte de enfermeras noveles que no veían un avance rápido de mejora, a pesar de estar aplicando muchos cuidados. Por ello pensamos que el caso del Sr. T.M.D. ilustra un escenario donde se sucedió la perfecta unión de cuidados de enfermería complejos vitales y no vitales, donde fue tan importante la fisioterapia respiratoria, como adaptar la dieta, o simplemente no colocar un cojín en la zona de las piernas para prevenir las úlceras de los talones, sino favorecer la movilización de las extremidades inferiores para coger fuerza y a la vez evitar las úlceras, en administrar la medicación y aplicar todos los protocolos para el cuidado de los numerosos dispositivos, como explicar y hablar mucho con él o sencillamente permanecer a su lado escuchando sus temores y transmitiéndole seguridad y conocimientos para poder seguir una evolución favorable. Asimismo, es importante sensibilizarse y formarse sobre aprendizaje reflexivo para poder ayudar a nuestros pacientes a encontrar sus propios recursos y dar respuesta a sus necesidades. Las personas de edad avanzada hospitalizadas en una UCICC precisan unos cuidados de gran complejidad, precisando la participación de todo el equipo de trabajo de forma interdisciplinar. De acuerdo con Carmen Inés Quijano, (2009) en el cierre del curso «Cuidados del paciente con cirugía cardíaca», «*el arte de*

trabajar en equipo, no es algo que se improvisa, ni tampoco es protagonismo de un profesional, es una obra en donde todos somos parte de ese gran reparto cuyo éxito radica en el feliz desenlace de la obra; el éxito del tratamiento integral de nuestros pacientes en estado crítico». La persona mayor, en estado crítico, generalmente requiere la atención a sus necesidades vitales y también las que se relacionan con su estado psíquico y emocional; estos cuidados no pueden ser solo atendidos desde un modelo biomédico reduccionista, en que las intervenciones están estandarizadas, sino que precisa de un modelo de cuidados holístico.

Los familiares de una persona ingresada en una unidad de críticos deben formar parte de los cuidados enfermeros que requiere la persona ya que pertenecen a su entorno más inmediato. Resulta difícil moverse en un entorno altamente tecnificado, con un ambiente restringido, unas normas muy específicas y que cualquier alteración puede desembocar en la pérdida del familiar. La comunicación que la enfermera establece debe estar encaminada a disminuir la impotencia, la ansiedad, el temor y ayudar a afrontar la situación en la que se encuentra el ser querido. Estos aspectos forman parte de la competencia enfermera para proporcionar un cuidado integral de la persona.

Creemos que los cuidados de enfermería integrales son los que facilitan que las personas de edad avanzada puedan superar las largas estancias en las unidades de críticos, consiguiendo su independencia y autonomía. En el caso concreto nos alegra saber que el Sr. T.M.D. actualmente mantiene una salud óptima, es autónomo para las actividades de la vida diaria y mantiene la capacidad física e intelectual para satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por él mismo, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera Casado JM. Cirugía cardiaca y edad avanzada. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(6):564-6.
2. Rodríguez R, Torrents A, García A, Ribera P, Permanyer G, Moradi M et al. Cirugía cardiaca en el anciano. Rev Esp Cardiol. 2002; 5(11): 59-68.
3. Bojar, R. Manual de cuidados perioperatorios en cirugía cardiaca. Buenos Aires: Journal; 2012.
4. Viana-Tejedor A, Domínguez FJ, Moreno Yangüela M, Moreno R, López de Sá E, Mesa JM. Cirugía cardiaca en pacientes octogenarios. Factores predictores de mortalidad y evaluación de la supervivencia y la calidad de vida a largo plazo. Med Clín (Barc).2008; 131(11):412-5.
5. Just S, Tomasa TM, Marcos P, Bordeje L, Torradella P, Molto HP et al. Cirugía cardiaca en pacientes de edad avanzada. Med Intensiva. 2008; 32:59-64.
6. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011.
7. Rivera Álvarez LN, Triana, A. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actual Enferm. 2007; 10(4):15 – 21.
8. Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García MJ. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. Index Enferm [revista en Internet].2007;(16) 56:40-4.
9. Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. Enferm Intensiva. 2011; 22(3):112-6.
10. Bonafont A. El cuidar de los ancianos. Gerokomos. 1997; 20(7):49-59.