

Cirurgia em pacientes idosos: revisão sistemática de la literatura

Dulcyane Ferreira de Oliveira¹, Gerson Suguiyama Nakajima², Jonas Byk³

Resumen

Brasil pasa por un período de transición demográfica caracterizado por el aumento de la expectativa de vida. Concomitantemente, ha aumentado el número de cirugías realizadas en ancianos. Este trabajo busca comprender dicho proceso por medio de una revisión sistemática de textos publicados en las bases de datos académicas en los últimos 10 años. Diecisiete documentos componen el corpus de la investigación. A partir de su análisis, se percibe la necesidad, por parte de los profesionales de salud, de conocer la legislación y reflexionar sobre los aspectos éticos y bioéticos a fin de humanizar la atención brindada al paciente quirúrgico anciano.

Palabras clave: Bioética. Procedimientos quirúrgicos operativos. Anciano.

Resumo

Cirurgia em pacientes idosos: revisão sistemática da literatura

O Brasil passa por um período de transição demográfica caracterizado pelo aumento na expectativa de vida. Concomitantemente, tem crescido o número de cirurgias realizadas em idosos. Este trabalho busca compreender esse processo por meio de revisão sistemática de textos publicados nas bases de dados acadêmicas nos últimos 10 anos. Dezesete documentos compõem o corpus da pesquisa. A partir de sua análise, percebe-se a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de conhecer a legislação e refletir sobre aspectos éticos e bioéticos a fim de humanizar o atendimento ao paciente cirúrgico idoso.

Palavras-chave: Bioética. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Idoso.

Abstract

Surgery in the elderly patient: a systematic review of the literature

Brazil is going through a period of demographic transition characterized by an increase in life expectancy. Concomitantly, the number of surgeries performing on the elderly has also increased. The present study seeks to understand this process by means of a systematic review on academic databases in the last 10 years. From this analysis, it is shown that there is a need for knowledge of the legal framework and the ethical and bioethical aspects by health professionals to perform humanized care directed to this new patient profile.

Keywords: Bioethics. Surgical procedures, operative. Aged.

1. **Mestranda** dradulcyaneoliveira@gmail.com – Universidade Federal do Amazonas (Ufam) 2. **Doutor** gsnakajima@gmail.com – Ufam
3. **Doutor** jonas.byk@hotmail.com – Ufam, Manaus/AM, Brasil.

Correspondência

Dulcyane Ferreira de Oliveira – Av. Apuriná, 4, 5º andar, Praça 14 de Janeiro CEP 69020-170. Manaus/AM, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Sócrates, al final de su vida, aprendió a tocar la lira, y Catón descubrió la literatura griega; sin embargo, como recuerda Cícero en su obra “Saber envejecer”, hay personas que *desean avanzar en la vejez, pero al hacerse viejos se lamentan. He aquí la consecuencia de la estupidez*¹. Por lo tanto, el proceso de envejecer es multifactorial y subjetivo, de forma tal que cada individuo tiene su propia manera de pasar por esta fase de la vida. El paso del tiempo llega a ser una pesadilla para muchas personas, que trazan luchas inútiles e incluso patéticas por la juventud eterna, muchas veces bajo la influencia de la denominada “industria de la belleza”, conocida por la cosmetología y la cirugía plástica.

El anciano suele ser visto como el sujeto que pasó por las diversas fases de la vida: crecimiento, desarrollo (aprendizaje), contribución financiera (ápice) y, por último, jubilación. En esta etapa, si llega al “fin de la vida” sin disponer de un ingreso suficiente para mantenerse, es visto como dependiente, como una “carga” para la sociedad. Pero, ¿cabría realmente hablar de “fin de la vida” cuando se nota cada vez más que es posible alcanzar una “edad avanzada” con salud?

A principios del siglo XX, los ancianos correspondían al 3,2% de la población brasileña; en 1960, eran el 4,7%; y en 2050, según una estimación de 2010 del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), serán en total 47 millones, lo que corresponderá al 18% de la población². Estos datos reflejan el aumento de la expectativa de vida, que pasó de 65 a 73,5 años, gracias a las mejoras sanitarias, al control de enfermedades infecto-parasitarias, al acceso a la salud y al perfeccionamiento de diagnósticos y tratamientos.

Con la expectativa de vida, ha aumentado también la cantidad de cirugías a las que son sometidas las personas mayores de 65 años. Actualmente, al menos uno de cada cuatro pacientes quirúrgicos está por encima de esa franja etaria³. En este contexto, este artículo propone el siguiente interrogante específico: ¿cuál sería el análisis ético y bioético de la indicación o la negación de cirugías en ancianos?

Objetivo y método

Este artículo tiene como objetivo comprender cómo el proceso sistematizado de cirugía en el anciano viene practicándose por parte de los profesionales de salud en Brasil en los últimos 10 años, partiendo del presupuesto ético y bioético de los cuidados de la salud de los individuos y de la aplicabilidad de la legislación brasileña vigente.

Se utilizó el método de revisión sistemática de artículos científicos. Para la búsqueda bibliográfica, se eligieron las bases de datos Google Scholar, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), PubMed y Scopus, por tener disponible una gran cantidad de contenido en distintas áreas de la salud. Los textos se buscaron entre septiembre y octubre de 2017, a partir de los siguientes descriptores: “*bioethics*”, “*elderly*” y “*surgery*”.

Se incluyeron artículos científicos publicados en los últimos 10 años (de enero de 2007 a enero de 2017) y escritos en portugués, inglés o español (aunque la investigación se haya limitado a estudiar el abordaje del paciente anciano quirúrgico en Brasil). Se excluyeron los artículos con resúmenes no disponibles en las bases de datos, aquellos que no tuvieran un enfoque ético o bioético o que no hicieran referencia a situaciones quirúrgicas en un ambiente hospitalario. Por lo tanto, se desconsideraron estudios sobre internaciones clínicas, en unidades de tratamiento intensivo, o que trataran sobre el paciente anciano en situación de cirugía ambulatoria (cuando hay alta hospitalaria poco después de la realización del procedimiento), además de los textos a los que no se pudo tener acceso mediante el Sistema Integrado de Bibliotecas de la Universidad Federal del Amazonas (SisteBib/Ufam).

Después del establecimiento del *corpus*, se leyeron los artículos y se clasificaron en tablas según el tema abordado. El proceso permitió visualizar los resultados de las investigaciones a fin de conocer los aspectos bioéticos de la cirugía en ancianos en Brasil en los últimos 10 años.

Resultados

Inicialmente, se obtuvieron 12.379 textos: 12.100 en Google Scholar, 223 en PubMed, 49 en Scopus y 7 en LILACS. Después de considerar los criterios de exclusión, quedaron 70 artículos de Google Scholar, 112 de PubMed, 44 de Scopus y 5 de LILACS: 231 en total. No obstante, sin los textos repetidos, se seleccionaron 161 artículos para la lectura completa del *abstract*. Cuando el resumen se mostró pertinente al objetivo de la investigación, el trabajo fue leído en su totalidad. Por último, se seleccionaron 13 textos de Google Scholar, 1 de Lilacs, 1 de PubMed y 2 de Scopus, reduciendo el *corpus* a 17 artículos científicos, como muestran la Figura 1 y la Tabla 1.

Los artículos seleccionados abordaron aspectos legislativos relevantes para los profesionales de salud, alteraciones anatómicas y fisiológicas del anciano y multimorbilidad, cambio en el

perfil del cliente y cantidad de cirugías, aspectos generales de la evaluación preoperatoria y cuestiones del cuidado de ancianos en condiciones perioperatorias. Los 17 textos se dividieron de la siguiente manera: siete artículos de revisión,

cuatro estudios transversales analíticos, un proyecto de desarrollo de *software* de datos, dos investigaciones cualitativas, un estudio de caso, una aplicación de legislación y un estudio de cohorte (Cuadro 1).

Figura 1. Proceso de selección de los artículos

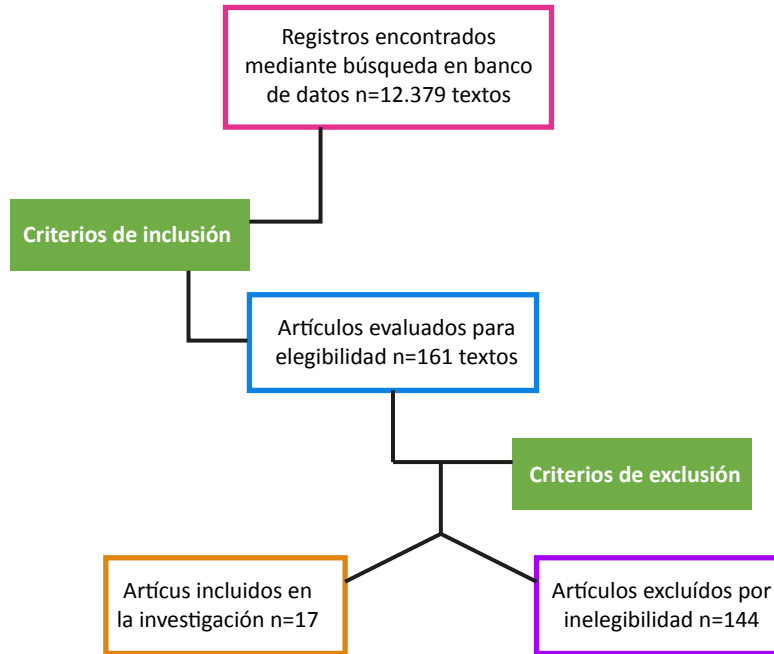


Tabla 1. Número de artículos por base de datos

Base de datos	Encontrados	Seleccionados
Google Scholar	12.100	13
LILACS	7	1
PubMed	223	1
Scopus	49	2

Cuadro 1. Sistematización del corpus

Autor	Título da obra	Tipo de producción	Revista	Muestra
Moimaz y colaboradores; 2009 ²	El anciano en Brasil: aspectos legislativos de relevancia para profesionales de salud	Artículo de revisión	<i>Espaço para a Saúde</i>	–
Tibo; 2007 ⁴	Alteraciones anatómicas y fisiológicas del anciano	Artículo de revisión	<i>Revista Médica Ana Costa</i>	–
Botelho; 2007 ⁵	Edad avanzada: características biológicas y multimorbilidad	Artículo de revisión	<i>Revista Portuguesa de Clínica Geral</i>	–
Weiser y colaboradores; 2008 ⁶	Una estimación del volumen global de cirugía: una estrategia de modelado basada en los datos disponibles	Proyecto técnico/ <i>software</i> de datos	<i>Lancet</i>	n=192 países

continua...

Cuadro 1. Continuación

Autor	Título da obra	Tipo de producción	Revista	Muestra
Padrón Chacón y colaboradores; 2008 ⁷	Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor	Estudio transversal	<i>Revista Cubana de Cirugía</i>	n=60
Enokibara, Lamarca, Albuquerque; 2015 ⁸	El anciano en la cirugía cardíaca – cambio del perfil del cliente: adaptaciones en el cuidado de la enfermería	Estudio transversal	<i>Estácio Saúde</i>	n=16
Vendites, Almada-Filho, Minossi; 2010 ⁹	Aspectos generales de la evaluación preoperatoria del paciente anciano quirúrgico	Artículo de revisión	<i>Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva</i>	–
Brasil; 2013 ¹⁰	Ley 12.802, del 24 de abril de 2013	Legislación	<i>Diário Oficial da União</i>	–
Niemeyer-Guimarães, Cendoroglo, Almada-Filho; 2016 ¹¹	Curso de estado funcional en pacientes ancianos luego de una cirugía de derivación coronaria: seguimiento de 6 meses	Cohorte prospectiva	<i>Geriatrics & Gerontology International</i>	n=73
Cavalcanti, Jucá; 2016 ¹²	Evaluación del estrés en ancianos sometidos a la cirugía electiva general y digestiva	Estudio transversal	<i>Portal: Saúde e Sociedade</i>	n=64
Veiga, Gomes, Melo; 2013 ¹³	Factores estresores en una Unidad de Terapia Intensiva: percepción de pacientes ancianos y adultos en el postoperatorio de cirugía cardíaca	Estudio transversal	<i>Kairós Gerontologia</i>	n=40
García y colaboradores; 2014 ¹⁴	El significado del cuidado perioperatorio para el anciano	Artículo de revisión	<i>Revista de Enfermagem da UFSM</i>	–
Prochet y colaboradores; 2012 ¹⁵	Afectividad en el proceso de cuidar al anciano en la comprensión de la enfermera	Investigación cualitativa	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>	–
Silva, Caldas; 2009 ¹⁶	Aspectos éticos del abordaje contemporáneo del envejecimiento	Artículo de revisión	<i>Arquivos de Ciências da Saúde</i>	–
Carboni, Reppetto; 2007 ¹⁷	Una reflexión sobre la asistencia a la salud del anciano en Brasil	Artículo de revisión	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i>	–
Teixeira, Lefèvre; 2008 ¹⁸	Significado de la intervención médica y de la fe religiosa para el paciente anciano con cáncer	Investigación cualitativa	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	n=20
Ho, Pinney, Bozic; 2015 ¹⁹	Preocupaciones éticas en el cuidado de pacientes ancianos con limitaciones cognitivas: un abordaje de toma de decisiones compartidas con capacidad ajustada.	Estudio de caso	<i>The Journal of Bone and Joint Surgery</i>	–

El estatuto del anciano

Con el fin de garantizar los deberes de la familia, de las instituciones, del ciudadano y del Estado para con esta población, se promulgó a partir de la Ley 10.471/2003 el Estatuto del Anciano (EA), compuesto por 118 artículos. A partir de él se estableció el marco cronológico igual o superior a 60 años para la caracterización legal del “anciano”, aunque algunos artículos consideren una edad igual o superior a 65 años para la garantía de los beneficios².

Alteraciones biológicas del envejecimiento

“Senescencia” hace referencia al proceso biológico de envejecimiento inherente al organismo. Este proceso, que tiene como principales determinantes lo hereditario y el estilo de vida, es invariablemente involutivo y sufre influencias del ambiente físico y social²⁰. Así, aunque el EA defina un marco cronológico y la edad sea un factor de riesgo para ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, no es un determinante completamente preciso para los cambios del envejecimiento.

En la vejez, como en cualquier otra edad, hay personas sanas y enfermas, y muchas de las enfermedades consideradas propias de esta fase ya existían anteriormente y se manifestaban con menor intensidad²⁰.

Son diversas las alteraciones fisiológicas del envejecimiento, como la reducción de la turgencia y la elasticidad de la piel, y la disminución del 20% al 30% del agua corporal total, con mayor riesgo de deshidratación aguda y cambios en la distribución de drogas hidrosolubles. Por otro lado, hay un aumento del 20% al 30% en la grasa corporal total, principalmente de deposición abdominal y visceral, y una prolongación de la vida media de las drogas liposolubles^{4,5}. Se observan también alteraciones degenerativas que reducen la movilidad: pérdida de masa muscular y ósea, disminución de estatura de aproximadamente 1 cm por década a partir de los 40 años, disminución del arco del pie, hipercifosis – contribuyendo a la dificultad de posicionamiento del paciente en la cama –, aplastamiento de los discos intervertebrales y dolores en tendones y tractos nerviosos tendinoso-radicales^{4,5}.

En cuanto a las alteraciones cardiovasculares, tienen lugar el endurecimiento y espesamiento de la pared ventricular y de las válvulas cardíacas, menor frecuencia cardíaca en reposo o inducida, soplos, aumento progresivo de la presión arterial, rigidez vascular y aterosclerosis, alteraciones de la caja torácica, pérdida de la retracción elástica de los pulmones y de la capacidad respiratoria de intercambios, reflejos pulmonares de tos, y función ciliar reducida, con predisposición a la acumulación de secreciones^{4,5}.

Las alteraciones digestivas se caracterizan por atrofia de la mucosa intestinal, debilidad muscular (con aumento de la constipación), predisposición a divertículos, dilatación del conducto pancreático, tendencia de formación de quistes y pérdida del 30% al 40% de la masa de los hepatocitos, conduciendo a una menor síntesis proteica y cambios en la farmacocinética de medicamentos y en la capacidad de metabolización de drogas. Se observan, además, declive en la producción de secreción ácida del estómago y aclorhidria con deficiencia en la absorción de hierro; mayor tiempo de vaciamiento gástrico y alteraciones en los mecanismos de protección gástrica; reducción de la inervación esofágica y aumento de la frecuencia de contracciones no propulsivas; y, finalmente, alteraciones en el paladar y en la deglución, con atrofia de las papilas gustativas, pérdida de dientes y dificultades de habla^{4,5}.

Estudios epidemiológicos sobre cirugías en ancianos

Con el aumento de la longevidad, se estima que cerca de 234 millones de operaciones se realizan

en el mundo anualmente. En este escenario, la cirugía se torna una preocupación mundial, afectando a las políticas públicas y a la seguridad del paciente⁶. De manera general, los autores concluyeron que la edad es un determinante crítico de complicaciones y mortalidad en el postoperatorio.

Un estudio realizado entre 2012 y 2013 en un hospital de referencia en Río de Janeiro observó que el 59,7% de las cirugías cardíacas se realizaron en pacientes por encima de 60 años. En La Habana, un estudio transversal observó la demanda por cirugía maxilofacial relacionada con la presencia de caries o con la preocupación estética en la población superior a 60 años, principalmente mujeres⁷. Factores modificables y no modificables ligados al envejecimiento fueron las causas de las principales cirugías: implante valvular aórtico, revascularización miocárdica derivada de enfermedad arterial coronaria e implante de marcapasos⁸.

Además de los procedimientos cardíacos, es expresiva la cantidad de pacientes ancianos sometidos a diversas cirugías: abdominales, ortopédicas, vasculares y plásticas, además de cirugías en el aparato digestivo, principalmente colecistectomías videolaparoscópicas^{9,21}. Sin embargo, las intervenciones agresivas en el caso de enfermedades malignas no suelen ser frecuentes. Los autores señalan que hay reticencia en recomendarlas debido a la mayor morbimortalidad de ancianos⁹.

Legislación brasileña

En su capítulo sobre el derecho a la salud, el EA cita la necesidad de la integralidad en la atención al anciano, lo que incluye acciones y medidas para promoverla y recuperarla, haciendo uso, si es necesario, de materiales específicos para la completa rehabilitación^{2,22}:

Art. 15. Se asegura la atención integral a la salud del anciano, por medio del Sistema Único de Salud – SUS, garantizando el acceso universal e igualitario, en el conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios, para la prevención, promoción, protección y recuperación de la salud, incluyendo la atención especial a las enfermedades que afectan preferentemente a los ancianos.

(...)

§ 2º Incumbe al Poder Público proporcionar a los ancianos, gratuitamente, medicamentos, especialmente los de uso continuo, así como prótesis, órtesis y otros recursos relativos al tratamiento, habilitación o rehabilitación²².

En el mismo año de la publicación del EA, el Ministerio de Salud sancionó la Ley 12.802/2013¹⁰, sobre cirugía plástica reconstructiva mamaria en mujeres que pasaron por cirugía oncológica, permitiendo la “reconstrucción inmediata” cuando existen las condiciones clínicas necesarias. La medida fue considerada el puntapié inicial para que las personas de más edad y con condiciones comórbidas graves comenzaran a ser contempladas por operaciones del Sistema Único de Salud (SUS).

Además de proporcionar los medios para que estas leyes sean integralmente ejecutadas, con un aumento en la oferta de servicios públicos, es necesario que el profesional de salud siga principios bioéticos para atender a esta demanda. Esto implica no sólo realizar procedimientos con destreza y habilidad, sino también indicarlos cuando aportan beneficios, no refutando posibilidades de tratamiento sólo por la edad cronológica del paciente.

Asistencia al anciano en situación quirúrgica

Aunque las enfermedades cardiovasculares son la causa más común de muerte en todo el mundo, las estrategias quirúrgicas actuales contribuyeron a aumentar la expectativa de vida de los pacientes afectados, alterando el curso de la enfermedad. Por lo tanto, los médicos y cirujanos deben estar preparados para decidir entre opciones de tratamiento, aunque haya datos escasos que los orienten¹¹.

Algunos autores desarrollaron trabajos con la finalidad de estudiar no sólo el desenvolvimiento técnico, sino también el comportamiento del profesional de salud con relación al paciente quirúrgico anciano, analizando también la percepción de este último sobre el tratamiento recibido durante la internación hospitalaria. La asistencia al anciano en situación quirúrgica difiere de la atención a otros grupos etarios. Los cambios resultantes del envejecimiento y de las enfermedades asociadas a esta fase de la vida pueden comprometer el equilibrio funcional y aumentar la vulnerabilidad del paciente y las chances de complicaciones postoperatorias¹².

Agentes estresores

Entre los agentes estresores que afectan a los ancianos, se puede citar la jubilación y los costos del tratamiento, la muerte de seres queridos en situaciones que se asemejan a su estado de salud y el miedo con relación a la cirugía. También pesan en el cuadro los cambios del rol social en la estructura

familiar, sobre todo la preocupación: ¿quién será el detentor de la decisión sobre su salud, su cirugía y su cuerpo? ¿Él mismo? ¿O un hijo/cuidador será quien hablará por el anciano?

El cuidado tiene inicio antes de la cirugía, cuando el sujeto toma conciencia de la necesidad del procedimiento, pasando por la admisión en el bloque quirúrgico y llegando finalmente al alta. Por consiguiente, debe prestarse especial atención al paciente desde el preoperatorio, pues es en este momento en el que ocurre la planificación individualizada y amplia, y la ruptura de miedos y de la ansiedad. Lo que sucede en esta etapa influenciará la decisión final del anciano de aceptar someterse al procedimiento quirúrgico o no. En caso de que el proceso no sea bien manejado, el temor a la muerte y la pérdida de autonomía pueden crear problemas en la convivencia familiar y social, predominando la percepción del futuro como incierto.

Antes de la operación, el estrés aumenta la vulnerabilidad a los virus y bacterias y mina la energía necesaria para el procedimiento. Después de la cirugía, sobre todo en casos de operaciones cardíacas, los ancianos suelen preocuparse excesivamente con la posibilidad de convertirse en dependientes de los familiares después del alta hospitalaria. Estos aspectos interfieren en las condiciones del paciente anciano, perjudicando el procedimiento quirúrgico, la recuperación¹² y aumentando la vulnerabilidad a alteraciones postoperatorias¹³.

El diálogo como parte del cuidado

Las directrices deben ser adecuadas a cada fase del tratamiento, siempre respetando el nivel de instrucción del paciente. Para promover la educación en salud, el profesional debe ser comprendido por su interlocutor. La eficacia de la comunicación es fundamental, aún más al considerar que en muchos casos los cuidados van a extenderse hacia el domicilio^{13,23}.

Los procedimientos durante el período de internación, considerados de rutina para el profesional, tienen diferentes significados para el paciente anciano. Las creencias, valores, normas y ritos de cuidado pueden tener poderosa influencia sobre su supervivencia, el estado de enfermedad y salud, y la sensación de bienestar¹³.

Privacidad e identidad

Es común ver en las enfermerías pacientes ancianos debilitados, esforzándose para ocultar sus “vergüenzas”, fácilmente expuestas por el delantal

hospitalario. Si por un lado este tipo de ropa facilita la realización de procedimientos técnicos, por el otro, lleva al sujeto a sentirse completamente vulnerable y expuesto. Es común que, en esta situación, el anciano limite sus movimientos, llegando incluso a restringirse a la camilla^{22,24}.

Los procedimientos técnicos, principalmente los que involucra el examen de los genitales, pueden exponer al paciente al constreñimiento. Se debe mantener la privacidad a fin de protegerlo de la exposición, ya sea con relación al paciente de la camilla de al lado o al acompañante, aunque sea un familiar (a menos que haya solicitud expresa del anciano para la permanencia de éste). Así, se debe aplicar la técnica apropiada para el tacto vaginal, el examen de bolsa escrotal o de mamas, la inspección anal y el tacto rectal, cuidando además que, al examinar la región inguinal en busca de herniaciones, no tenga lugar una exposición innecesaria del pene. Salvaguardar la privacidad indica respeto al paciente. En caso de que no se realicen de manera velada, los procedimientos pueden causar experiencias indeseadas en la internación, caracterizadas por sentimientos de invasión y agresión que culminan en distorsiones de comprensión.

Relación con la alimentación

Los ancianos suelen preocuparse mucho por la alimentación, relacionándola con “estar bien”. Sin embargo, en el período perioperatorio, pasan por períodos variables de ayuno. En caso de que la cirugía se retrase, este ayuno puede repetirse o extenderse innecesariamente. Esta posibilidad suele asustar al paciente, que pasa a preguntarse: “¿Voy a estar más días internado?;” “¿Voy a perder la cirugía?;” “¿Tendré que entrar nuevamente en la lista de programación del SUS?”. El anciano que recibe la noticia de la cancelación ya en el centro quirúrgico se siente frustrado, y hasta avergonzado, por haberse sometido a la situación innecesariamente.

Bioética: conocimiento y humanización

Los pacientes quirúrgicos ancianos saben que están sujetos a más riesgo. Así, al lidiar con las dificultades del ambiente hospitalario, se sienten inseguros, depositando en el equipo de salud toda la confianza. Los profesionales deben estar atentos a las conversaciones y a los procedimientos que realizan, transmitiendo siempre seguridad y comodidad¹⁵ – deben evitarse las discusiones sobre qué equipo cuidará al paciente en determinada fase de la enfermedad, por ejemplo.

La dimensión afectiva se manifiesta en la humanización del cuidado, que debe inspirar confianza. Para ello, son importantes la buena comunicación, el trato cariñoso, gentil y comprensivo, el tacto, el habla, la escucha, la mirada y el apoyo al paciente – en suma, se debe tener interés por el enfermo. Es un principio ético orientar al paciente anciano con claridad en cuanto a la evolución después de la cirugía, permitiendo su participación activa en la toma de decisiones (muchas veces restringida por las instituciones o por la propia familia).

Aunque las personas más jóvenes demuestren descontento con los largos períodos dedicados al cuidado del pariente anciano, la familia suele ser el mayor soporte en estas situaciones¹⁶. El sistema de salud tiende a enfocarse en los cuidados agudos (tratar una cadera rota, por ejemplo); sin embargo, son los familiares quienes brindan los cuidados de larga duración (como la alimentación y la ayuda en la movilidad)¹⁶. Así, la relación del pariente cuidador con el anciano debe ser cuidadosamente observada por el profesional de salud durante la internación hospitalaria, pues las orientaciones mal comprendidas o mal ejecutadas pueden perjudicar el tratamiento después del alta.

El recuerdo de la ausencia de familiares puede venir a la superficie durante la internación cuando se hace la pregunta¹⁴: “¿Usted está solo?” O “¿Usted vive solo?” – interrogantes que pueden generar sentimientos desagradables en el paciente. La presencia de familiares representa una importante conexión con el medio externo, atenuando la sensación de estar restringido al ambiente hospitalario. La presencia del pariente, que conoce las particularidades del anciano y forma parte de su vida¹⁷, reaviva el recuerdo de los momentos felices “en casa”. Como consecuencia, el paciente encuentra fuerzas para recuperarse y anticipar el retorno al hogar.

Es común también que el anciano se apegue a la espiritualidad para mantener la esperanza en “días mejores”. Así, el profesional debe respetar la fe del paciente, recordando siempre que las manifestaciones religiosas pueden dar fuerza y alegría para enfrentar tratamientos de salud complejos, además de tener efectos positivos en la recuperación. Por lo tanto, es importante permitir al paciente el acceso al servicio de capellanía del hospital o a representantes religiosos que puedan asistirlo de acuerdo con su voluntad^{18,19}.

Consideraciones finales

Es necesario adaptar los establecimientos de salud para responder al aumento de la demanda

de cirurgias em idosos. Em base a la evaluación de vulnerabilidades (déficit cognitivo, auditivo, visual y alteraciones determinadas por la enfermedad y por el tratamiento), son necesarios cambios estructurales, como la colocación de material antideslizante en los pisos, barras de apoyo en los baños y agarraderas en las camillas. No menos importantes son los cambios de planificación y rutina: horarios ampliados y alternativos para la visita o permanencia del familiar/cuidador en el centro de tratamiento intensivo y prioridad de atención⁸.

El nuevo perfil de los usuarios requiere cambios en el rol gerencial y asistencial de la salud, y no solamente relativos a cuestiones técnicas. Es necesario conocer el soporte jurídico y los aspectos éticos, buscando humanizar las acciones, individualizar los cuidados y tener una perspectiva interdisciplinaria para resolver los problemas. Durante el proceso de preparación, internación y alta hospitalaria, es necesario preservar la identidad del paciente y salvaguardar su privacidad. Al asegurar el trato digno al anciano, el profesional sentirá que sus esfuerzos fueron recompensados.

Referências


1. Cícero MT. Saber envelhecer, seguido de A amizade. Porto Alegre: L&PM; 1997. p. 7.
2. Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lolli LF. O idoso no Brasil: aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde. Espaço Saúde [Internet]. 2009 [acesso 1º out 2017];10(2):61-9. Disponível: <https://bit.ly/2WYZFj1>
3. Santos JCM Jr. O paciente cirúrgico idoso. Rev Bras Coloproct [Internet]. 2003 [acesso 1º out 2017];23(4):305-16. Disponível: <https://bit.ly/2lyVh6i>
4. Tibo MGM. Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso. Rev Méd Ana Costa [Internet]. 2007 [acesso 1º out 2017];12(2):220-7. Disponível: <https://bit.ly/2VKrueB>
5. Botelho MA. Idade avançada: características biológicas e multimorbilidade. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2007 [acesso 1º out 2017];23:191-5. Disponível: <https://bit.ly/2UkH67g>
6. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR *et al*. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet [Internet]. 2008 [acesso 25 out 2017];372(9633):139-44. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60878-8
7. Padrón Chacón R, Muñiz Manzano E, Soto Fernández A, Barroso López O. Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor. Rev Cubana Cir [Internet]. 2008 [acesso 25 out 2017];47(4). Disponível: <https://bit.ly/2v7G6sN>
8. Enokibara MP, Lamarca FRRS, Albuquerque DC. O idoso na cirurgia cardíaca: mudança do perfil da clientela: adaptações no cuidar da enfermagem. Rev Eletrônica Estácio Saúde [Internet]. 2015 [acesso 1º out 2017];4(2):17-26. Disponível: <https://bit.ly/2KGS732>
9. Vendites S, Almada-Filho CM, Minossi JG. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2010 [acesso 1º out 2017];23(3):173-82. Disponível: <https://bit.ly/2PFFieU>
10. Brasil. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 2, 25 abr 2013 [acesso 1º out 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2lu3wAJ>
11. Niemeyer-Guimarães M, Cendoroglo MS, Almada-Filho CM. Course of functional status in elderly patients after coronary artery bypass surgery: 6-month follow up. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2016 [acesso 1º out 2017];16(6):737-46. Disponível: <https://bit.ly/2KF83TH>
12. Cavalcanti SL, Jucá MJ. Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral e digestiva. Rev Portal Saúde Soc [Internet]. 2016 [acesso 1º out 2017];1(1):42-54. Disponível: <https://bit.ly/2GcXxxd>
13. Veiga EP, Gomes L, Melo GF. Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Kairós Gerontol [Internet]. 2013 [acesso 11 out 2017];16(3):65-77. Disponível: <https://bit.ly/2PflsPO>
14. Garcia SD, Garanhani ML, Tramontini CC, Vannuchi MTO. O significado do cuidado perioperatório para o idoso. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014 [acesso 11 out 2017];4(1):55-66. DOI: 10.5902/2179769210257
15. Prochet TC, Silva MJ, Ferreira DM, Evangelista VC. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso 11 out 2017];46(1):96-102. Disponível: <https://bit.ly/2lxRExy>
16. Silva GC, Caldas CP. Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2009 [acesso 1º out 2017];16(2):76-82. Disponível: <https://bit.ly/2InmRUH>
17. Carboni RM, Reppetto MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2007 [acesso 1º out 2017];9(1):251-60. Disponível: <https://bit.ly/2VMu8Rg>
18. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [acesso 1º out 2017];13(4):1247-56. Disponível: <https://bit.ly/2Pbv2Ev>

19. Ho A, Pinney S, Bozic K. Ethical concerns in caring for elderly patients with cognitive limitations: a capacity-adjusted shared decision-making approach. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. 2015 [acesso 1º out 2017];97(3):e16. Disponível: <https://bit.ly/2v61Rt3>
20. Marchi Netto FL. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar Prát* [Internet]. 2004 [acesso 1º out 2017];7(1):75-84. Disponível: <https://bit.ly/2IATRbt>
21. Leme LEG, Sitta MC, Toledo M, Henriques SS. Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. *Rev Bras Ortop* [Internet]. 2011 [acesso 1º out 2017];46(3):238-46. Disponível: <https://bit.ly/2Gplz8G>
22. Brasil. Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, 3 out 2003 [acesso 3 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1IBGy4M>
23. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2007 [acesso 3 out 2017];15(2):337-43. Disponível: <https://bit.ly/2v33N5J>
24. Udén G, Norberg A, Norberg S. The stories of physicians, registered nurses and enrolled nurses about ethically difficult care episodes in surgical care. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 1995 [acesso 1º out 2017];9(4):245-53. Disponível: <https://bit.ly/2KHuY0r>


Participación de los autores

Dulcyane Ferreira de Oliveira participou de la redacción del artículo. Gerson Suguiyama Nakajima y Jonas Byk participaron como orientadores de la disertación.

Dulcyane Ferreira de Oliveira

 0000-0003-1323-9443

Gerson Suguiyama Nakajima

 0000-0002-5608-9599

Jonas Byk

 0000-0001-5854-4316

