

Aprendiendo a vivir con limitaciones

David Ramos Sáiz

Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, Cantabria, España)

Correspondencia: enferda@hotmail.com

Resumen

Objetivo principal: Exponer las vivencias de una persona al adaptarse al vivir con nuevas limitaciones. Metodología: Se escoge una metodología cualitativa llevándose a cabo mediante una entrevista en profundidad y su posterior transcripción a un relato biográfico. Resultados: Los resultados del estudio, muestran cómo Luna tuvo que enfrentarse a un cambio de vida, que no le resultó fácil. No supo cómo actuar con las limitaciones que se fue encontrando día a día, sin apoyos por parte del personal sanitario, y las dificultades que tuvo al solicitar un grado de minusvalía. Conclusión: Esta investigación pone en manifiesto que como personal sanitario deberíamos valorar el contexto de nuestros pacientes e intentar apoyarles en sus dudas, darles tiempo a manifestarlas para intentar ayudarles, es decir, mantener un buen feedback con ellos para obtener una buena relación terapéutica.

Palabras clave: Fracturas de tobillo. Procedimientos quirúrgicos operativos. Personas con discapacidad. Complicaciones posoperatorias. Investigación cualitativa.

Learning to live with limitations

Abstract

Objective: Expose the experiences of a person when adapting when living with new limitations. Methods: A qualitative methodology is chosen, being carried out through an in depth interview and its subsequent transcription into a biographical account. Results: The results of the study show how Luna had to face a change of life, which was not easy for her. She did not know how to act with the limitations that she was encountering day by day, without support from health personnel, and the difficulties she had in requesting a degree of disability. Conclusions: This research shows that as health personnel we should assess the context of our patients and try to support them in their doubts, give them time to express them to try to help them, that is, maintain good feedback with them to obtain a good therapeutic relationship.

Keywords: Ankle fractures. Surgical procedures Operative. Disabled persons. Postoperative complications. Qualitative research.

Introducción

Las fracturas de tobillo son las más comunes del miembro inferior, pero tan sólo, el 2% de esas fracturas son abiertas.¹

Las fracturas abiertas son fracturas que exponen al exterior el hematoma y/o el mismo foco de la fractura, previa rotura de la piel y partes blandas, este tipo de fracturas por lo general son causadas por una mayor fuerza que una fractura cerrada.²

Si nos centramos en la fractura abierta de tobillo, las causas principales de la misma son: accidentes automovilísticos, caídas y traspisés.^{1,3}

Cómo tratamiento principal se procederá a una intervención quirúrgica realizando una reducción abierta y fijación interna (RAFI), mediante una osteosíntesis con tornillos, placas...etc.¹

Las complicaciones más frecuentes a largo plazo que presentan estas intervenciones son tumefacción persistente, limitación de movilidad, inestabilidad residual y artrosis postraumática.^{1,4}

Pero ¿qué ocurre con estas personas que tras una fractura de este tipo y tras ser intervenidas padecen algunas de estas secuelas que le acompañarán durante el resto de su vida?, ¿cuá-

les son sus pensamientos?, ¿cómo se adaptan a esta nueva vida?, ¿cuáles son sus apoyos?, ¿qué esperaban del equipo sanitario?

Para conocer estos datos, se ha realizado una entrevista en profundidad a Luna, nombre ficticio de una persona que padece estas secuelas tras la intervención de una fractura abierta de tobillo. Con ello se pretende comprender el estado emocional y la empatía percibida. Ella nos va a relatar la pérdida de calidad de vida que ha sufrido desde su caída accidental.

Nuestra informante fue escogida por conveniencia, dado que cumplía con las características objeto del estudio, y se mostró de una forma muy abierta a relatarnos los hechos acontecidos que le cambiaron su vida. La relación entre el investigador e informante es laboral lo que facilita la distensión y confianza en los encuentros pactados.

Durante la entrevista llama la atención frases que comentamos a pacientes del tipo; “no se preocupe; todo va a ir bien” que no siempre sirven para apoyar; también el hecho de acabar con una terapia y despedirte del paciente sin más seguimientos, que en ocasiones se realiza en nuestra práctica clínica, impre-

siona de desamparo a nuestra informante y algo que debíamos tratar de cambiar en nuestra rutina.

Luna es una mujer de 38 años, soltera, sin hijos, que trabajaba en la unidad de jardines y campos de un pueblo de Cantabria (España), que tras una caída fortuita de distinto nivel, ve cómo su vida empezó a cambiar debido a las secuelas que le quedaron.

Se explica a Luna el objetivo de la entrevista a realizar, firmando el consentimiento informado por escrito para el tratamiento de sus datos,⁵ concretando con ella los días y horas para la recogida de información en su domicilio para facilitar un ambiente de privacidad. Los días previos se confecciona un guion con las preguntas más relevantes sobre el objeto del estudio. Las entrevistas se sucedieron durante tres días consecutivos y nuestra informante dejó grabarlas en audio, previo consentimiento informado. Durante los encuentros se llega a conseguir un ambiente tranquilo, relajado y distendido, dejando momentos de silencio para que exprese sus emociones al recordar actividades que no puede realizar. El análisis de la información se realizó siguiendo el modelo propuesto por

Amezcuea y Hueso Montoro.⁶ Una vez finalizado fue revisado por la informante que da su aprobación.

Los resultados del estudio, muestran cómo Luna tuvo que enfrentarse a un cambio de vida, que no le resultó fácil. No supo cómo actuar con las limitaciones que se fue encontrando día a día, sin apoyos por parte del personal sanitario, y las dificultades que tuvo al solicitar un grado de minusvalía.

Cómo enfermeros debemos saber escuchar a los pacientes y valorar qué necesitan conocer para afrontar esa nueva etapa que deben vivir.

A modo de conclusión, como personal sanitario deberíamos valorar el contexto de los pacientes e intentar apoyarles en sus dudas para afrontar mejor su quehacer diario, también sería interesante planear las consultas y valorar cuál será la última para dar tiempo a nuestros pacientes a asimilar el fin de la relación terapéutica, así como asesorarlos sobre las ayudas que pueden solicitar tras este tipo de secuelas, de tal manera, que se sientan arropados y no se produzca una sensación de abandono por nuestra parte.

Bibliografía

1. Fisterra.com [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 2018. De Cabrillo Estévez C, Gallego Goyanes A, García Rico G, Caeiro Rey JR. Guía clínica de lesiones de tibia y peroné. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-tibia-perone/>
2. Combalá Aleu A, García Ramiro S, Segur Vilalta JM, Ramón Soler R. Fracturas abiertas (I): evaluación inicial y clasificación. *Medicina Integral*, 2000; 35(2). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-15354>
3. Clínica Mayo. Rochester (Minnesota): Clínica Mayo; 2019. Atención al paciente e información médica. Enfermedades y afecciones. Fractura de tobillo. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/broken-ankle/symptoms-causes/syc-20450025>
4. Ocaña Calviño LM. Epidemiología y resultados clínicos en la fractura abierta de tibia. *Correo Científico Médico*, 2012; 16(1). <http://www.revcommed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/84>
5. Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 294, (6-12-2018).
6. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. *Arch Memoria* 2004;1. <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>

Texto biográfico

Vida previa antes de la caída. Yo nací en un pueblo de Cantabria y mi vida siempre ha estado vinculada a mi pueblo, trabajando en jardines y campos del ayuntamiento y en casas particulares arreglando jardines para ganarme algo más de dinero.

Soy la pequeña de tres hermanos, una familia unida y con arraigadas costumbres familiares.

Nunca me gustó estudiar, pero sí aprendí desde muy joven a hacer “chapuzillas” en casa, desde cambiar un enchufe hasta arreglar una persiana.

También me encantan los animales y tengo desde perros hasta ovejas, así como pájaros que también crío. Esto era mi ilusión, poder ir a ver a mis animales, pasear con ellos, incluso tenía un caballo, con el cual paseaba por las fincas de mi ayuntamiento, incluso me apunté a un grupo para ir a rutas a caballo, algo que me encantaba.

Otra pasión eran los viajes, me encantaba ir a ciudades nuevas, ya no sólo en España sino por Europa, ir, pasear por sus calles y observar a sus gentes su ir y venir.

Caída e intervención quirúrgica. Mi calvario empezó un día que fui a montar a caballo, cuando subí a buscar los utensilios

de monta que tenía en un atillo, a una altura de 5 metros, cuando me resbalé y caí al vacío sobre un canto vivo de placa de hormigón...al principio sentí dolor, no podía moverme, vi sangre, no sabía que pasaba, a mi lado, estaba una amiga mía, que era enfermera, sólo sabía decirme que estuviese tranquila, que no había pasado nada, hasta que observé el hueso que atravesaba mi piel, y *la dije*: “no me digas mentiras, eso que asoma por ahí es mi hueso”, además tenía un agujero en la cadera derecha, sobre la que caí, que podía entrar hasta un puño, lo siguiente lo recuerdo como algo rápido, me trasladaron a urgencias del Hospital, me hicieron pruebas, placas, analíticas... y por la noche (la caída fue a media tarde), ya estaba en quirófano, me metieron de urgencias.

En quirófano me intentó poner la *anestesia en la espalda un aprendiz*, que, tras 5 intentos, no pudo y me *durmieron entera*. Tras pasar por reanimación, que casi no me enteré del tiempo que estuve, fue muy corto, llena de cables y ruidos, subí a planta, allí estaban mis padres esperándome. Esa noche estuve con dolor y con miedo, aunque la gente de la planta era muy maja, también es cierto que iba un poco recomendada, una amiga mía estuvo allí trabajando de enfermera y rápidamente llamó a sus amigos para que me cuidasen, ya sabes tonterías que se hacen cuando trabajas en sitios de estos, pero visto desde el lado de paciente te hace sentirte un poco mejor. Esa

noche no dormí nada, pensando en la operación y en cómo quedaré, lo había visto muy mal, aunque el personal de la planta muy majo, me decía que no pasaba nada, que no me preocupase, mis padres lo mismo, pero el miedo es libre, y no dejaba de darle vueltas a la cabeza, creo que en esos momentos prefieres también ratos de silencios, no que te estén agobiando con el “todo va a ir bien”. No sé qué fue peor esa noche si el dolor, o el agobio de todo, no sabría decirte.

Al día siguiente, me ayudaron a asearme en la cama, con la vergüenza que eso me puede dar, jamás había pasado por una situación así, es bastante incomodo, ahí desnuda, lavándome otra persona, fue una situación desagradable, yo sé que es su trabajo y estarán acostumbradas, pero el pudor, quizá si me hubiesen dicho cómo iba a ser, no sé, quizá hubiese reaccionado de otra manera, así como el hacer pis en la bacinilla, algo incómodo en todos los sentidos. Estuve un par de días más, solamente para cubrir mi dolor y para casa.

Vida tras la caída. Los días siguientes al alta fueron muy duros, casi no podía andar, iba coja, no podía hacer bien el juego del pie y me limitaba bastante, empecé a hacer rehabilitación, me tenían que venir a buscar en ambulancia, no podía conducir, con lo que me gustaba, tuve que ser fuerte, e iba muy concienciada a realizar los ejercicios que me mandasen, todo era por bien.

Al principio fue fácil, pero a medida que iban pasando los días los *fisios* me exigían más, yo no podía, sentía mucho dolor, no podía mover más de lo que hacía, esto me ponía a veces enfadada y triste, enfadada porque me daba la sensación que no me creían, que me lo inventaba o era una *ñoña*; y triste porque empezaba a darme cuenta de mis limitaciones y no eran pocas.

Cuando me tocó volver a la revisión con el traumatólogo me dijo que se había roto un tornillo y tenía que volver a intervenir, y le dije: “esto ya lo sabía yo; que ese dolor no era normal, y así es...”

Tras la segunda intervención, ya no tan asustada como la primera, más bien con miedo a las secuelas, esta vez sí me pusieron la *anestesia en la espalda* y me durmieron de cintura para abajo, el traumatólogo me explico, que ya no se podía hacer más por ese tobillo, que “*me podía dar con un canto en los dientes*” de cómo había quedado, que el hueso se había dañado mucho y que me iba a quedar así ya para siempre, me quedé petrificada cuando le escuche, algo me imaginaba, pero no es lo mismo pensarlo a que te lo digan, cuando hablé con mis padres, estos ya lo sabían, se lo habían explicado en la primera intervención, pero prefirieron no hacer caso hasta ver cómo iba la cosa... en esos días siguientes a esa consulta, lo que hasta ahora eran médico, *fisios*, que me atendían, se acabó todo, tenía que hacer las cosas por mí misma, enfrentarme a esta nueva realidad, no contaba ya con el apoyo del hospital, solo con el de mi familia y de los míos...

Poco a poco tuve que hacerme a la idea de todo lo que ya no iba a poder hacer.

A medida que intentaba hacer algo y no podía, dejaba de intentarlo, cosas como, subir una cuesta, al hacerlo me canso, tengo que subir de puntillas con el pie malo, al no hacer el juego, bajarlas con cuidado de no pisar en falso, tampoco puedo andar mucho tiempo, enseguida me canso y luego tengo unos dolores terribles y me duran un par de días por lo menos, otra cosa que me dolió mucho fue dejar de montar a caballo, lo intenté, porque era una de mis pasiones, pero no me veía có-

moda, perdía estabilidad, decidí vender mi caballo, lo hice con todo el dolor de mi corazón pero no podía verle, no se merecía una vida que iba del establo, a pastar por el campo, él estaba acostumbrado a otras cosas....Afortunadamente pude volver a conducir sin problemas. Tuve que acostumbrarme no sólo a una cojera, sino también al dolor, en la última *resonancia* me vieron mucha artrosis en esa pierna.

Después me aconsejaron desde el *médico de cabecera* que solicitase una minusvalía, yo ya no podía trabajar en campos y jardines, no podía subir cuestras, fue bastante dificultoso conseguirla. Bastante duro es tener lo que uno tiene, y que te pongan trabas para solicitarla y que te la conceda, si mis padres no hubiesen contratado un buen abogado, hoy en día con mis limitaciones no tendría estas ayudas a las que tenemos derecho, que injusto es que la gente que no se pueda permitir pagar a alguien para que le mueva todo esto se quede sin ello, no es justo.

Hoy en día, ya estoy más concienciada de mis limitaciones y más ilusionada trabajando en algo que puedo hacer y me gusta, dentro del hospital.

Si algo de todo este proceso echo de menos fue un mayor apoyo por parte del médico, explicármelo más calmado y poco a poco para ir asimilando no de golpe.

Glosario de términos

-*La dije*: Laísmo con el que se expresa nuestra informante

-*Anestesia en la espalda*: Se refiere a anestesia raquídea.

-*Aprendiz*: Se refiere a residente de anestesia.

-*Fisios*: Abreviatura que utiliza para denominar a los fisioterapeutas.

-*Ñoña*: Término que usa para referirse a una persona quejica, melindrosa.

-*Me podía dar con un canto en los dientes*: significa conformarse con algo. Es decir, significa agradecer como algo positivo lo que nos ha ocurrido porque sabemos que el resultado podría haber sido peor.

-*Resonancia*: Se refiere a Resonancia Magnética.

-*Médico de cabecera*: Se refiere al médico de atención primaria.