



ASTROLABIO

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
NADA HUMANO ME ES AJENO

NÚMERO 13. ESPECIAL | PRIMAVERA 2024

PRIMER ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA,
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (UdeG)

HORIZONTE

Trabajos de titulación de estudiantes

Experiencia y trayectoria hospitalaria:
el caso de los pacientes con deterioro
cognitivo que sufren de fractura en la
Unidad Médica de Alta Especialidad,
Hospital de especialidades, Centro
Médico Nacional de Occidente

ANTONIO KOBAYASHI GUTIÉRREZ

JAZMIN MARQUEZ PEDROZA

www.uacm.edu.mx/astrolabio

Año 7, núm. 13, primer semestre de 2024, es una publicación semestral de carácter académico editada por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, a través del Colegio de Ciencias y Humanidades.

Calle Dr. García Diego núm. 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc, 06720, CDMX.

Editor responsable: Lidia Ivón Borja Aldave

ISSN 2594-231X.

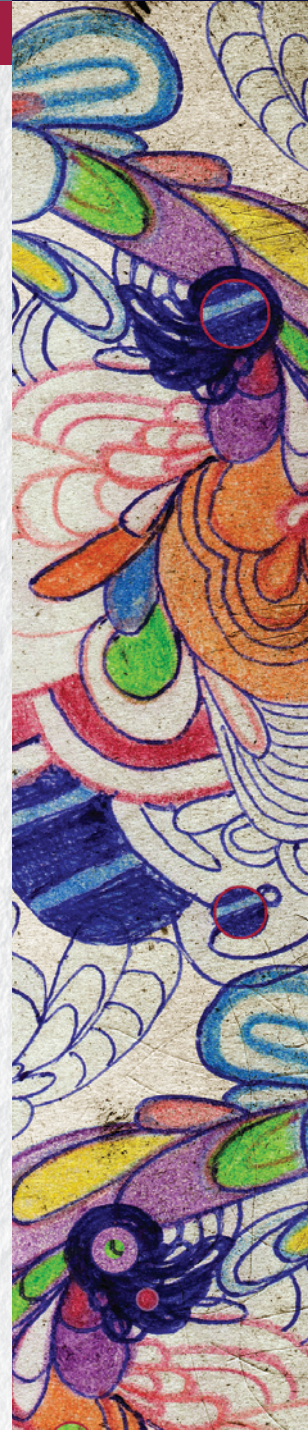
Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2018-110113192300-102.

Licitud de Título y Licitud de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Impreso en el segundo semestre de 2024 en los talleres de la UACM. Tiraje: 300 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos de la publicación, siempre y cuando se cite la fuente y el nombre del o los autores.



Experiencia y trayectoria hospitalaria: el caso de los pacientes con deterioro cognitivo que sufren de fractura en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

ANTONIO KOBAYASHI GUTIÉRREZ
JAZMIN MARQUEZ PEDROZA

La inquietud por hacer este trabajo de investigación para obtener el grado de Maestro en Ciencias Sociomédicas nació de la necesidad de documentar y describir las experiencias y trayectorias hospitalarias de los pacientes con deterioro cognitivo hospitalizados por una fractura en el Hospital de Especialidades del Centro Médico de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Guadalajara. Con las herramientas conceptuales dadas por la sociomedicina me fue posible extraer dicha experiencia social y la forma en la que se construye la trayectoria hospitalaria en un hospital de tercer nivel urbano que atiende a una población vulnerable de adultos mayores.

Mi entrada al campo fue posible por el trabajo que he realizado durante años en el servicio de ortogeriatría. Durante una pandemia, este acceso representó retos metodológicos, ya que dichos espacios se encontraron vedados para el trabajo etnográfico habitual, pero dada mi formación médica y mi participación como personal de salud de primera línea se me autorizó la entrada con equipo de protección personal.

El muestreo fue de tipo consecutivo e incluyó la aceptación de catorce pacientes, en el marco de la declaración de pandemia por el virus SARS-COV-2, situación que redujo el número de ingresos al servicio de traumatología y ortopedia y que permitió seguir a los pacientes de noviembre de 2020 a mayo de 2021; realicé entrevistas semiestructuradas grabadas a cada paciente, además de una revisión del expediente oficial generado por el personal de salud, y un trabajo microetnográfico con el paciente en la habitación hospitalaria durante los turnos matutinos y vespertinos. Los turnos nocturnos no fueron autorizados por la autoridad hospitalaria. Se utilizó la teoría fundamentada para optimizar la recolección de los datos y su posterior análisis.

Observar, escuchar y registrar. He participado en la atención hospitalaria, he sido testigo de cómo los y las pacientes a través de largos periodos de espera construyen una vida cotidiana durante la estancia hospitalaria; sin embargo, las restricciones impuestas por el gobierno para limitar la pandemia producida por el virus SARS-COV-2 disminuyeron la navegación libre por los espacios hospitalarios y urbanos. Yo no busqué determinar la



efectividad de la intervención biomédica, ni tampoco la producción de complicaciones médicas durante la hospitalización, sino llenar un vacío en torno a los conocimientos que tenemos sobre las experiencias sociales que refieren los pacientes que viven con deterioro cognitivo durante una pandemia global y la construcción de sus trayectorias hospitalarias desde los pacientes y su familia para contribuir desde la academia a la construcción de políticas públicas justas.

Mi trabajo de campo se vio limitado por la coyuntura histórica que produjo la pandemia; una menor solicitud de servicios por fracturas a la unidad y el cierre de la consulta externa del servicio de traumatología y ortopedia limitaron el número de usuarios. Todos los pacientes que ingresaron al hospital tuvieron como característica el haber sufrido un trauma que produjo la fractura y el requerir ser intervenidos quirúrgicamente en un hospital en modo de contingencia, es decir, atendiendo solo pacientes con patología COVID-19. Los pacientes entrevistados fueron doce mujeres (86%) y dos hombres (14%) con una media de edad de 78.85 años (rango 70-89 años)

con una escolaridad promedio de tres años (rango de 0 a 9 años cursados). La prevalencia de diabetes *mellitus* en la muestra fue del 35% y un 42% refirieron padecer hipertensión arterial sistémica. Toda la población se consideró de credo católico. En cuanto al estado civil, siete (50%) se refirió casada, seis (42%) se refirieron viudas y solo una (8%) se refirió soltera. Tres (21%) pacientes eran foráneos al área metropolitana de Guadalajara, siendo el resto residentes de la ciudad; en promedio, los pacientes tuvieron una estancia intrahospitalaria de 10.75 días (rango 4 a 20 días) con un tiempo promedio desde su ingreso hasta la realización de su cirugía de 9.38 días (rango 4 a 17 días). Las fracturas fueron en su mayoría de cadera con 12 pacientes y solo 2 presentaron de húmero.

Se entrevistó a cada paciente al menos tres veces con duración promedio de 43 minutos; en ocasiones hubo conversaciones informales pues el paciente presentaba fatiga o expresaba su deseo de continuar después con la entrevista. La observación intencionada fue en promedio de dos horas por paciente por día durante varios días de la hospitalización.

En el aspecto de la valoración cognitiva se aplicó un test mini-mental que permitió obtener un promedio de 21.5 con un rango de 17 a 24 puntos. Todos los pacientes tuvieron un familiar acompañante al momento de las observaciones y se les presentó la transcripción para su validación.

Después de las transcripciones de las entrevistas pude ordenar conceptualmente y dar cuenta de la complejidad de una experiencia social y trayectoria hospitalaria durante una hospitalización. Establecí cinco espacios importantes para su construcción/navegación que fueron:

1. Territorio extrahospitalario
2. Territorio Hospitalario
3. Quirófano
4. Territorio al cual el paciente es egresado
5. Territorios alrededor del espacio hospitalario/farmacias privadas y tiendas de autoservicio.

Se generó la clasificación con base en el tiempo previo al hospital, durante la hospitalización y al egreso de esta. El territorio extrahospitalario implicó conocer qué es lo que ocurrió de forma previa a la hospitalización, considerado esto como un proceso, para dar paso a lo que ocurre dentro del hospital, visto este como un sistema de elementos que están estructurados y organizados para cumplir una función que es el otorgamiento de un servicio para la salud y que prepara al individuo para luego ser egresado y que regrese a su hogar. Iniciamos nuestro análisis con base en la relación que los pacientes ya tenían con el hospital de especialidades, lo que configuró dos grupos de pacientes: aquellos que refirieron ya contar con alguna relación con el hospital en contrapartida con los que refirieron no tener experiencias anteriores con el hospital.

Territorio extrahospitalario. Los pacientes del primer grupo expresaron: “pos mire, sobre todo porque tuve una hija, quee estudió medicina, y fue trabajadora social de aquí del seguro...”. La relación con el hospital surge de haber sido usuario de esta unidad hospitalaria o tener un familiar que haya estado en ella, lo cual le confiere al paciente conocimientos sobre los procesos de admisión y le trasmite seguridad, como en este caso: “...yo lo que sí digo que aquí hay buenos médicos porque yo he de que cuando tuve mis hijos y ya venía un parto delicado, y aquí mire me atendieron de volada. Yo por eso me dijo el doctor nos vamos al allá a centro médico, pos vámonos, no esperamos nada nada más...”. La relación también puede ser que surja de forma indirecta, a través de las relaciones con las que cuenta la familia. El discurso del paciente sugirió que el hospital puede ser dividido en dos lugares que se excluyen mutuamente: el hogar y el hospital.

La experiencia social posterior al accidente es atravesada por el dolor, en donde el adulto mayor requiere hacer uso de su red de apoyo para lograr la movilización de su cuerpo hasta el hospital. Su activación depende de la configuración del hogar, pudiendo ser uno compuesto donde viven varias familias o uno solo con el esposo: “...patiné, yy ya de ahí ya nomas para gritar para que me auxiliaran ya llego mi sobrino este porque vive al otro lado de con nosotros y mi hija para levantarme porque mi esposo también anda con con andadera... Yyy ya porque me levantaron ellos y ya de ahí en laa, en la ambulancia...”.

También encontré que se busca normalizar el dolor como producto de la caída tratando de seguir con la vida cotidiana, no teniendo claro el lugar para recibir la atención para la salud. Una experiencia social emerge desde la inseguridad para decidir

entre un sistema biomédico orientado a la cirugía y otros sistemas curativos no invasivos fundados en saberes alternativos: “le dije porque sentí que me tronó todo, dice no, no diga eso, ahorita le ayudo a parar... entonces hice fuerza con mi mano y ella también, me apoyé en ella y ya me levanté, me fui caminando... ya me acosté y ya en la noche... sí me levanté y pude pero con mucho trabajo apoyándome ahí en las piernas pero no pude sentarme al baño y ya me dijo mi hija, voy a llevarla, no hallo si llevarla a que la soben o que le hagan una radiografía, entonces me dijo ella, mejor la llevo a que le saquen una radiografía primero y sí fuimos y ya me dijo todo eso el doctor, que no, que pues ocupaba operación...”.

Caso especial es el de los adultos mayores que posteriormente a la caída se encuentran solos en el domicilio, por lo que la experiencia social es de espera ante la incapacidad de movilizar el cuerpo: “...¿cuando estuviste en el suelo que hiciste?”. “Pos no me pude levantar”. Y “al no poderte levantar... ¿gritaste o cómo fue que te auxiliaron?”. [...] “No, pos me esperé a que llegaran mi... pues mis hijos...”. Ante la ausencia de hijos, los adultos mayores tuvieron que ser trasladados por algún miembro de la comunidad.

En el hogar, la causa de la caída cual ocurre en palabras de los pacientes por un resbalón o un mal paso durante la realización de sus quehaceres o en su tiempo de ocio en el baño, en el cuarto o en la cocina.

Territorio hospitalario

Una vez que el adulto mayor entra al sistema hospitalario para su atención, el vínculo con su hogar puede ser sostenido por medio de los esfuerzos que su familia realiza. Este vínculo necesita para su

materialización el traslado de los familiares hasta el espacio hospitalario llevando objetos que hagan confortable/seguro el cuarto del hospital. A propósito de la visita y los cuidados: “...pos los traen, mi esposito tiene un carrito y este como ahorita que anda así no puede manejar y le dice mi esposito a mi yerno ve, muévalas tú, ahí está el carro, llevas a una y te traes a la otra y así dice viceversa a sacar de, de cierta manera, no vivimos tan lejos...”. Sin embargo, también una vez que se ingresa al territorio hospitalario se manifiestan las desigualdades sociales, evidenciadas por las grandes distancias a recorrer, la carencia de transportes públicos cercanos y la incompatibilidad del trabajo formal con el proceso de acompañar a un enfermo durante su estancia hospitalaria: “...no es tan fácil porque tienen que venir [su familia] desde Villa Guerrero desde Santa Cruz Del Valle pa’ acá... pos agarran carro, ¿verdad hijo? Carro o camión hijo, tengo mi camioneta, pero ahorita... tengo toda la semana sin trabajar...”.

El vivir con un problema de memoria invoca la ayuda de la red de apoyo por seguridad, para evitar que el paciente se encuentre con algún problema durante la construcción de su vida dentro del hospital: “...a él le gusta andar revisando porque a veces como él dice, ahora te tengo que ayudar...”. Una de las funciones de la red de apoyo es asistir al paciente en tareas de orientación, o al momento del intercambio de la información entre el médico y el paciente, buscando dar la mejor atención al paciente y en caso necesario, levantando una denuncia.

Cuando viene el conflicto es debido a que el personal del hospital no está capacitado para el manejo de conductas agresivas, comunicación asertiva o el otorgamiento oportuno de los cuidados:

“...una enfermera duró más de una hora para llevarme y se lo dije a otra enfermera... afortunadamente, no estoy tomando líquido, entonces no tengo mucho que echar ¡pero tengo ganas!, el organismo hace su deber y luego no me trae el ese, y me voy a hacer en la cama pues ¡hágase!, y vamos a ver qué pasa (alude a la respuesta de la enfermera) pos lo que pase yo, el organismo no lo puedo detener, el organismo hace lo que tiene que hacer además que hice y defequé como una diarrea. Entonces como tenía un pañal desechable pues cambio el pañal desechable, lo junté y lo hice bolas y el que se arrime aquí con otras intenciones va a ver porque se lo voy a aventar en la cara...”

Y se puede ver que las prácticas alimentarias de los pacientes son configuradas para lograr adaptar al cuerpo a disminuir las micciones y las evacuaciones.

Quirófano. El discurso de los pacientes y el trabajo de campo desvela que los médicos ejercen el poder a través del llenado de papeles y de la configuración del cuerpo para que la cirugía ocurra. Si este cuerpo no cumple una serie de normativas no explícitas, la cirugía puede ser cancelada incluso de manera previa al acto quirúrgico: Entrevistador: “¿Y cómo se hizo esa llaga?” Paciente: “Pos cómo se hizo que pos que cuando menos acordé pos hice del baño, hice de la pipí y pos se me salieron y me bajaron a quirófano porque ya me iban a operar, pero sucede que traía las, pos yo creo la ¿cómo se llama?” Familiar cuidador: “úlceras...”. La experiencia social de la cirugía es relatada como de duración breve, sin complicaciones y amabilidad en el quirófano, indicándoles en qué consistía la anestesia y qué se les aplicaría. Al relatar la experiencia refieren que no sintieron el transitar el acto quirúrgico.

Territorio al cual el paciente es egresado. El egreso del paciente se describe, desde las narrativas de los pacientes, como caótico, apresurado y sin una supervisión cercana de las instrucciones proporcionadas, sin indicaciones claras, y en donde el paciente se encuentra ante la incertidumbre que presenta el regreso a un territorio fuera del hospital. Mientras que durante el periodo hospitalario el paciente vive la experiencia de que toda la información de sus cuidados es proporcionada a sus hijas, hijos o cuidadores, no haciéndolos partícipes de esa información a ellos; este punto es importante recalcarlo pues reduce al paciente adulto mayor que vive con deterioro cognitivo en su dignidad.

El vivir con deterioro cognitivo es una barrera en la comunicación que facilita un egreso desorganizado pues desde el principio los familiares y el paciente no comprendieron las notas sobre los cuidados postquirúrgicos necesarios a realizar.

Territorios alrededor del espacio hospitalario (farmacias y tiendas de autoservicio). La vía pública, las farmacias privadas y las tiendas de autoservicio son espacios importantes en la experiencia social tanto de atención como en el proceso de curación; la mayoría de los intercambios en estos territorios están mediados por dinero, cuya presencia en el cuarto hospitalario se hace patente al proveer los objetos necesarios para la contención del virus y el hacer apta la habitación. En esto vemos la ausencia del estado que no provee los insumos necesarios para estos últimos puntos, por lo que la familia ve encarecido el acto del cuidar.

Esto es patente en la relación con el dolor y la higiene. El paciente hace uso de su red de apoyo para acercarse medicamentos analgésicos que se compran en las farma-

cias alrededor del hospital: “...me duele el pie y ya me cura mi hija o pide alguna medicina, que me duele esto me duele lo otro mi hija me trae las medicinas...”. Este procurar medicamentos por parte de los familiares, los lleva a buscar farmacias externas al hospital, uniendo el espacio hospitalario con los mercados. Familiar: “...nosotros ya compramos pañales... Y nos estaban haciendo daño... porque le empezaron a hacer daño los pañales de aquí... [los que proporcionó el IMSS]... esas llagas, ¿te dieron una crema?”. Paciente: “No, aquí no... No, ella compró una crema...”. Familiar: “Compré una crema, el doctor me dijo que era buena ese tipo de crema y fui y se la compré...”.

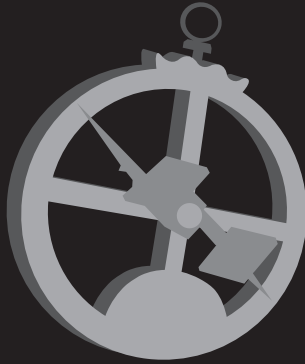
Trayectoria hospitalaria. Se identificaron tres tipos de trayectorias con base en el tiempo de estancia en el hospital y el análisis de la experiencia social: 1. La exitosa, en donde la cirugía ocurría en menos de 4 días; 2. La habitual, donde la estancia promedio era de más de 4 días, pero se lograba la cirugía y 3. La problemática, en donde la estancia superaba los 10 días, no se realizaba la cirugía y se egresaba al paciente con complicaciones. Todas superaron el tiempo recomendado de 48 horas que marcan las guías de práctica clínica nacionales, y al seguimiento en tres meses vía telefónica, ninguno de los pacientes recuperó la deambulación.

Conclusiones

La experiencia social del paciente se ve cruzada por el evento súbito y la aparición de dolor. La capacidad de la red de apoyo familiar para mover su capital simbólico, social, cultural y económico, de acuerdo con la teoría de Bourdieu, es vital para hacer frente a la hospitalización y favorece que

el adulto mayor que vive con deterioro cognitivo construya su trayectoria en el sistema hospitalario. La desigualdad en el acceso y la experiencia social precarizada durante la hospitalización deriva en sufrimiento social, y produce pérdida de la autonomía. La experiencia del cuidar se ve modificada por el género, el rol de cuidador se impone generalmente a la mujer. Las restricciones levantadas para contener la pandemia disminuyeron el capital social disponible para el cuidar. La familia juega un rol importante en todos los territorios excepto el quirófano: lleva a cabo acciones de vigilancia, proveeduría de algunos medicamentos, identifica alimentos de mala calidad/sabor o expresa si encuentra que las indicaciones son confusas. Esta familia produce en el adulto mayor la desestabilización de su hábitus que previamente era de resistencia hacia uno de vulnerabilidad/sumisión a la voluntad de la familia. En este momento el sistema hospitalario permite que la trayectoria de enfermedad se configure en torno al territorio extra-hospitalario, el territorio hospitalario, el quirófano, el territorio al cual el paciente es egresado y los territorios alrededor del espacio hospitalario, los cuales hacen viable la fe de recuperar la autonomía a través de la intervención quirúrgica; sin embargo, si se ignora el aporte que hacen estos territorios a la configuración de la trayectoria del sistema hospitalario, se tiende a alienar al paciente, disociándolo de sus relaciones sociales, cuestión que complica la experiencia del paciente adulto mayor que vive con deterioro cognitivo, expresado en narrativas en las que se muestra sin herramientas para enfrentar las situaciones que se presentan durante la hospitalización.





www.uacm.edu.mx/astrolabio