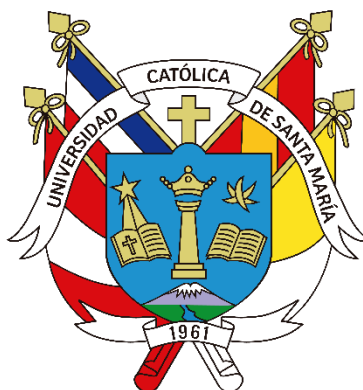


Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela profesional de Enfermería



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA, 2022.

Tesis presentada por las bachilleres:

**Marcelo Mena, Vanessa Flor De María
Villanueva Aguirre, Maryori Brigitte**

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Asesor (a):

Mg. Zapana Begazo, Rosemary

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ENFERMERIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Noviembre del 2022

Dictamen: 003255-C-FENFER-2022

Visto el borrador del expediente 003255, presentado por:

2012222292 - MARCELO MENA VANESSA FLOR DE MARIA
2015241302 - VILLANUEVA AGUIRRE MARYORI BRIGITTE

Titulado:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA ,HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA, 2022.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

0214 - HUERTA WILSON MARCIA CHRISTIAN
DICTAMINADOR



0614 - CARDEÑA VALVERDE MIRTA ELENA
DICTAMINADOR



9341 - FLORES ESPINAL SILVIA LENY
DICTAMINADOR



PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **Factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia. Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, 2022**, la misma que constituye requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Junio del 2022

Marcelo Mena Vanessa Flor de María

Villanueva Aguirre Maryori Brigitt

Esta Tesis está dedicada

A Dios, quien ha sido mi guía, fortaleza y su amor ha estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres Teodoro y Rosa, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias a ellos por siempre inculcarme el valor de la perseverancia y resiliencia, enseñándome que por más difícil que sea el camino siempre se puede seguir adelante, este logro es para ellos.

A mi tía Magdalena quien es una segunda madre para muy que con su carisma, amor y apoyo hizo que nunca desistiera de mis sueños.

A mi hermana Stephanie, por su cariño y su apoyo incondicional durante todo este proceso, a mi segunda hermana Evelin que siempre confío en mi..

A toda mi familia en especial a mis ángeles Carmen, Miguel y Segundina, que siempre estuvieron presentes en mí, llenándome de fortaleza para poder cumplir mi sueño y gracias a mi abuelo Bernardino porque con sus consejos y palabras de aliento hicieron que perseverare en mis metas.

Villanueva Aguirre Maryori Brigitte

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades del Hospital Honorio Delgado y en especial a el Servicio de Neurocirugía por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su institución.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Católica Santa María, a toda la Facultad de Enfermería, a mis docentes en especial a la Magister Rosemary Zapana Begazo quien con sus enseñanzas y conocimientos desde el primer año hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias por la paciencia, el apoyo y la dedicación que tuvo para poder realizar este estudio.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a todas las docentes de la Facultad de Enfermería quienes con su experiencia, dedicación y una maravillosa enseñanza lograron hacerme una gran profesional que hoy en día puede enfrentarse a cualquier reto.

Villanueva Aguirre Maryori Brigitte

Esta Tesis está dedicada

Principalmente a mi madre Juana Mena Chávez a la que dio razón a mi vida con sus consejos, amor y apoyo incondicional, todo lo que hoy soy es gracias a ella y aún guía mis pasos desde el cielo.

A mi padre Cesar Marcelo del Águila, por su apoyo, consejos y palabras de aliento para que siempre cumpla las metas que me planteo.

A mis abuelos María, Isabel y Raúl que son parte fundamental en mi vida y siempre me apoyaron con sus palabras de amor, consejos y motivación.

Marcelo Mena Vanessa Flor de María

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Católica Santa María por permitirme convertir en un ser profesional en lo que tanta me apasiona al igual que cada uno de mis docentes que brindaron sus conocimientos día a día durante los años de mi formación y en especial a nuestra asesora de tesis la Magister Rosemary Zapana Begazo y nuestras jurados Marcia Huertas Wilson, Mirtha Cardaña Valverde y Silvia Flores Espinal por guiarnos en la realización de esta tesis..

De igual manera agradezco al Hospital Honorio Delgado Espinoza por brindarnos la oportunidad y permitirnos realizar este estudio de investigación

Marcelo Mena Vanessa Flor de María

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA, 2022.

Sociodemographic factors conditioning the functional capacity and quality of life of post-operated patients for cerebral aneurysm in times of pandemic. Honorio Delgado Arequipa Regional Hospital, 2022.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en el Hospital Regional Honorio Delgado. El tipo de estudio es descriptivo, relacional y de corte trasversal, el mismo que fue realizado durante los meses de febrero a julio del 2022. La población de estudio estuvo conformada por 50 pacientes que habían sido intervenidos por aneurisma cerebral que cumplieron los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos se empleó la Ficha de Recolección de Datos, la Escala de Valoración Índice de Barthel y el Cuestionario de Calidad de Vida SF36 V2. Resultados: Los factores sociodemográficos que caracterizan a los pacientes son: las edades están comprendidas entre los 30 a 59 años en el 70% de pacientes; el 52% son de sexo femenino; 58% proceden de Arequipa; el 48% tienen nivel de instrucción secundaria; la ocupación más frecuente fue independiente en 40%; el 34% son casados; el 88% de pacientes sí recibe apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación. La capacidad funcional de los pacientes es de dependencia moderada en el 50% y dependencia grave es un 34%.; la calidad de vida es buena en el 72%. La edad, el nivel de instrucción, la ocupación y el apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación son factores que condicionan de forma significativa la calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en el Hospital Regional Honorio Delgado ($p < 0,05$).

Palabras clave: capacidad funcional, calidad, vida, aneurisma, cerebral

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the sociodemographic factors conditioning the functional capacity and quality of life of post-operated patients for cerebral aneurysm at the Honorio Delgado Regional Hospital. The type of study is descriptive, relational and cross-sectional. The study population consisted of 50 patients who had undergone surgery for a cerebral aneurysm who met the inclusion criteria. The technique used was the survey and the Data Collection Sheet, the Barthel Index Assessment Scale and the SF36 V2 Quality of Life Questionnaire were used as instruments. Results: The sociodemographic factors that characterize post-operative cerebral aneurysm patients are: ages range from 30 to 59 years in 70% of patients; 52% are female; 58% come from Arequipa; 48% have secondary

education level; the most frequent occupation was independent in 40%; 34% are married; 88% of patients do receive family support. The functional capacity of the patients is of moderate dependence in 50% and dependence serious in 34%.; the quality of life is good in 72%. The age, level of education, occupation and family support for recovery and/or rehabilitation are factors that significantly condition the quality of life of post-surgery patients. cerebral aneurysm at the Honorio Delgado Regional Hospital ($p < 0.05$)

Keywords: functional capacity, quality, life, aneurysm, cerebral.



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Enunciado del problema.....	1
1.2. Descripción del problema.....	1
1.3. Justificación.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. Factores sociodemográficos.....	6
3.2. Capacidad funcional.....	9
3.3. Calidad de vida.....	19
3.4. Aneurismas cerebrales.....	25
3.5. Cuidados de enfermería en el post-operatorio de pacientes con aneurisma cerebral.....	31
3.6. Modelo de Patrones funcionales de Maryori Gordon.....	34
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	37
4.1. Internacionales.....	37
4.2. Nacionales.....	39
4.3. Locales.....	39
5. HIPÓTESIS.....	40
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	41
1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	41
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	43
2.1. Ubicación espacial.....	43
2.2. Ubicación temporal.....	44
2.3. Universo y muestra.....	44
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.1. Organización.....	45
3.2. Recursos.....	46
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	47
1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	48
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN EDAD. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	49
TABLA N° 2	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN GÉNERO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	50
TABLA N° 3	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN PROCEDENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	51
TABLA N° 4	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	52
TABLA N° 5	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN OCUPACIÓN. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	53
TABLA N° 6	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	54
TABLA N° 7	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN APOYO FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	55
TABLA 8	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	56
TABLA 9	ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	57
TABLA 10	PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	58
TABLA 11	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	60
TABLA 12	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	62
TABLA 13	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	64
TABLA 14	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	66
TABLA 15	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	68
TABLA 16	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022	70

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas cerebrales son anomalías que pueden aparecer en el sistema vascular cerebral, pero todavía existe controversia respecto a si se trata de enfermedades congénitas o hereditarias. Si se sabe que los aneurismas cerebrales están muy relacionados con factores ambientales, sobre todo en cuanto a factores de riesgo como los problemas relacionados al tabaquismo, estrés, malos hábitos alimenticios, enfermedades relacionadas con la enfermedad de Marfan y riñones poliquísticos (1). Derivado de la palabra griega “aneurysma”, donde “ana” es semejante “a través de”, y “eurys” es semejante a amplio, la aneurisma se define como el “ensanchamiento o dilatación”. Donde las aneurismas arteriales intracraneanos, son ensanchamientos situadas en la pared del vaso, que asiduamente se catalogan según su tamaño, etiología, forma y localización (2).

A pesar de que este problema es bastante frecuente, todavía no está muy clara la repercusión real de los aneurismas cerebrales. Según estudios de prevalencia realizados a partir de necropsias, entre 0.2 – 7.9%, indicando que el cambio depende de que se emplee o no un microscopio para realizar el examen, de la procedencia hospitalaria, clase de autopsia efectuada y de la disposición por buscar esta entidad; en otro estudio se refiere que la prevalencia es de 5% (3). En cuanto al tratamiento, se han realizado mejoras sustanciales en las técnicas quirúrgicas empleadas, siendo la más utilizada en la actualidad la obliteración del aneurisma con un clip, u otros esquemas quirúrgicos. Sin embargo, como casi cualquier procedimiento quirúrgico, estos tratamientos pueden tener una serie de complicaciones trans operatorias y post operatorias, las cuales se duplican por el simple hecho de intervenir el sistema nervioso central (4). Entre las complicaciones o secuelas que se derivan de la ruptura del aneurisma cerebral y su tratamiento se ha reportado entre las más frecuentes al deterioro de la capacidad funcional y de la calidad de vida, los cuales pueden tener impactos muy negativos en la vida del paciente, considerando que estas personas casi siempre se encuentran en la etapa de vida de la juventud y adultez (5).

Se ha observado que, en el Hospital Regional Honorio Delgado, las intervenciones por ruptura de aneurisma son realizadas de 3 a 4 veces al mes, según reportes de la Oficina

de Estadística del establecimiento, habiéndose logrado disminuir la mortalidad, sin embargo, se observa que muchos pacientes presentan las secuelas anteriormente descritas, siendo esta la razón que nos motivó a realizar el presente estudio, porque se considera que existen diversos factores condicionantes del deterioro de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes, siendo importante su identificación y manejo oportuno incentivando la prevención primaria, secundaria y terciaria a efectos de evitar el desarrollo de estas secuelas.

El estudio se realizó mediante la aplicación de los instrumentos a 50 pacientes postoperados que acudieron a sus controles en el hospital y que cumplieron los criterios de inclusión.

El estudio está organizado en capítulos; el primer capítulo, presenta el planteamiento teórico de la investigación, donde se describe el problema de investigación, se analizan las variables de estudio, interrogantes básicas, tipo de investigación, justificación, objetivos, así como el marco teórico que aporta sustento teórico – bibliográfico al tema de estudio; se presentan también los antecedentes investigativos y la hipótesis. El segundo capítulo, está referido al Planteamiento Operacional, se presentan las técnicas, instrumentos, campo de verificación, población y muestra y la estrategia de recolección de datos. En el tercer capítulo, se presentan y analizan los resultados de la investigación a través de tablas estadísticas, finalmente las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia. Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, 2022.

1.2. Descripción del Problema

CAMPO: Ciencias de la Salud.

AREA: Enfermería: Salud del
adulto

LINEA: Malformaciones
congénitas.

• Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
1. Factores condicionantes	1.1. Sociodemográficos	
	1.1.1. Edad	a. 18 – 29 b. 30 – 59 c. 60 a más
	1.1.2. Género	a. Masculino b. Femenino
	1.1.3. Procedencia	a. Arequipa b. Cusco c. Puno d. Tacna e. Moquegua f. Otros
	1.1.4. Nivel de instrucción	a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Superior
	1.1.5. Ocupación	a. Empleado b. Obrero c. Comerciante d. Independiente e. Jubilado f. Ama de casa g. Estudiante

	<p>1.1.6. Situación conyugal</p> <p>1.1.7. Apoyo familiar para su recuperación y/o rehabilitación</p>	<p>a. Soltero</p> <p>b. Casado</p> <p>c. Conviviente</p> <p>d. Viudo</p> <p>e. Separado</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
<p>Variables dependientes</p> <p>2. Capacidad funcional</p> <p>3. Calidad de vida</p>	<p>2.1. Alimentación</p> <p>2.2. Arreglo personal</p> <p>2.3. Eliminación</p> <p>2.4. Transferencia (traslado cama/sillón)</p> <p>2.9. Deambulacion</p> <p>3.1. Función física</p> <p>3.2. Rol físico</p> <p>3.3. Dolor corporal</p> <p>3.4. Salud general</p> <p>3.5. Vitalidad</p> <p>3.6. Función social</p> <p>3.7. Rol emocional</p> <p>3.8. Salud mental</p>	<p>a. < 20 dependencia total</p> <p>b. 20-35 dependencia grave</p> <p>c. 40-55 dependencia moderada</p> <p>d. 60-90/100 dependencia leve</p> <p>e. 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)</p> <p>a. Mala calidad de vida: 0 – 34 puntos</p> <p>b. Regular calidad de vida: 35 – 68 puntos</p> <p>c. Buena calidad de vida: 69 – 100 puntos</p>

• **Interrogantes Básicas**

- 1) ¿Cuál es la capacidad funcional de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa?

- 2) ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa?
- 3) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa?

- **Tipo de problema**

- Tipo: De Campo
- Nivel: Descriptivo Relacional y de corte transversal.

1.3. Justificación

El presente estudio tiene relevancia científica, porque según Estadísticas de la Oficina de Inteligencia Sanitaria y Estadística del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” de EsSalud (6) del año 2017, informan que, en los establecimientos de EsSalud, se tiene en promedio 9 casos de aneurismas cerebrales rotos x 100,000 habitantes por año, o 2.7 casos por semana, los mismos que ocasionan la muerte hasta en el 50% de casos en el primer mes de la ruptura del mismo. La misma fuente se menciona que en los establecimientos del Ministerio de Salud esta cifra alcanza los 4,5 casos por semana, en los pacientes que sobreviven, cerca del 50% terminan con alguna secuela neurológica, y la mayoría de ellos presentan cierto grado de deterioro de la capacidad funcional y calidad de vida (6). Los pacientes que son intervenidos por ruptura de aneurisma cerebral, se encuentran en un estado crítico de salud, requiriendo de muchos cuidados de enfermería y por ello es fundamental que los enfermeros estén siempre adecuadamente capacitados y de esta manera podrán

planificar y ejecutar los cuidados que requieren los pacientes postoperados dado que requieren cuidados especializados específicos. Durante el postoperatorio, la atención de Enfermería se centra en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, a fin de identificar signos y síntomas para prevenir complicaciones, las mismas que suelen ser el origen de las secuelas que el paciente puede presentar. Además, el estudio servirá de antecedente para el desarrollo de futuras investigaciones.

La relevancia humana del estudio se basa en la gravedad que supone la ruptura de aneurisma cerebral que se presenta de forma aguda y a pesar de que, el tratamiento médico quirúrgico y de enfermería trata de minimizar el daño causado por la hemorragia cerebral y evitar la mortalidad temprana o complicaciones, muchos pacientes van a desarrollar secuelas crónicas, las mismas que van a requerir de un gran apoyo familiar y social y largos periodos de rehabilitación física, cognitiva y mental para lograr la reinserción del paciente a sus actividades cotidianas. Además, tanto en el paciente como en la familia se producen consecuencias importantes a nivel psicoemocional, económico y sobrecarga en los familiares que cuidan del paciente.

El trabajo es de actualidad, porque en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a pesar de ser este el Hospital COVID de la ciudad, se viene presentando un incremento en la incidencia de esta patología, el mismo que se reporta que es 4,2% por año desconociendo los factores asociados a dicho incremento y a su vez se presenta alta mortalidad y secuelas luego del alta hospitalaria.

El estudio es viable porque se dispone de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su ejecución.

Finalmente, nos motiva el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

- 1) Determinar la capacidad funcional de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 2) Categorizar la calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 3) Determinar los factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

3.1.1. Concepto

Los factores sociodemográficos son todas las características que de acuerdo a los conceptos de sociología y demografía caracterizan a los individuos, los primordiales factores son el nivel educativo, sexo, ocupación o trabajo, edad, estado civil religión, nivel de ingresos, algunas tasas como, por ejemplo, la tasa de fertilidad, tasa de natalidad, tamaño de la familia, tasa de mortalidad, entre otros (8).

3.1.2. Descripción de los Factores Sociodemográficos de los Pacientes Post Operados de Aneurisma Cerebral

a. Edad

Tiempo de vida que posee el individuo, contabilizando desde la fecha de su nacimiento (8). Los aneurismas se pueden presentar tanto en la edad pediátrica como en los adultos, pero tienden a ser más frecuentes conforme se va incrementando la edad. Siendo la edad más frecuente de ocurrencia entre los 40 a 60 años. En el caso de los niños, entre 0.5 – 4.6% de aneurismas presentan rotura (1, 2).

b. Género

Es la índole que diferencia al varón de la mujer, pero también es importante mencionar, que además de la definición del sexo como característica biológica, se debe tener en cuenta el concepto de género, el mismo que se refiere al conjunto de roles, las características y oportunidades que han sido establecidos por la sociedad según sea considerados apropiados para los hombres, para las mujeres, los niños, las niñas (8).

En cuanto a la frecuencia de ruptura de aneurismas según el género, existe un elevado riesgo por parte de las mujeres de desarrollar aneurismas a comparación de los hombres en una proporción 2:1, en los varones suelen ser solitario entre el 79 y el 75% y en las mujeres con mayor frecuencia son múltiples entre el 25 y el 30 % de los casos, es por ello, que el riesgo que se rompa cualquiera de ellos es mayor; además en las mujeres existe mayor tendencia a romperse primero que en hombres (9).

c. Procedencia

Se define como el comienzo, principio de algo, en términos demográficos se refiere al lugar en el que ha nacido una persona o su nacionalidad, pero debido a los procesos migratorios, también se considera al lugar donde la persona radica en el último año (8). No existen datos acerca del riesgo de padecer ruptura de aneurisma según la procedencia de las personas, sin embargo, en algunos estudios se encuentra mayor prevalencia en personas que residen en zonas urbanas y menor en las rurales (1, 9); sin embargo, estas diferencias podrían deberse a que, en el medio rural, posiblemente

no se logre identificar las causas del fallecimiento de personas que tuvieron la ruptura del aneurisma por menor capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

d. Nivel de Instrucción

Se define a partir de los años de estudio que ha logrado aprobar la persona de 15 años a más. Las categorías de esta variable según las leyes peruanas de la Educación Básica regular comprenden: ninguno, para referirse a las personas que no han realizado estudios escolares o aquellas que no han logrado completar la primaria; luego se tiene el nivel primario (seis años culminados), secundaria (habiendo completado los cinco años) y superior, cuando la persona ha culminado estudios superiores ya sean de nivel técnico o universitarios (8). No se han encontrado estudios que reporten la incidencia de la ruptura de los aneurismas según el nivel de instrucción de las personas.

e. Ocupación

Es la relación de dependencia que la persona tiene con el centro laboral en el cual trabaja. Las categorías que incluyen esta variable son: empleado, obrero, independiente, jubilado, y además se consideran a las amas de casa y los estudiantes (8). Se ha reportado mayor tendencia a la ruptura prematura de los aneurismas cerebrales en personas cuya actividad laboral demanda mayor esfuerzo físico, como por ejemplo levantamiento de cargas, dado que el sobreesfuerzo se asocia a mayor dilatación de los vasos sanguíneos cerebrales que incrementa la presión en los mismos, haciéndolos más vulnerables a la ruptura y la hemorragia (2).

f. Situación Conyugal

“Es la condición entre 2 personas en función del matrimonio o consanguinidad, según las leyes y costumbres de un país, el cual decreta ciertos derechos y deberes dentro de la sociedad”, de acuerdo a la legislación peruana, las categorías de situación conyugal son: soltero, separado, casado, divorciado conviviente y viudo (8). No se han encontrado estudios que reporten datos acerca del riesgo de ruptura de

aneurismas según la situación conyugal.

g. Apoyo Familiar

El apoyo familiar se ha definido como “un proveedor de recursos tanto materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, los cuales sirven como apoyo frente a situaciones adversas de riesgo que podrían ocurrir dentro de los hogares, tales como: falta de empleo, la escases de dinero, ayuda en caso de que algún integrante de la familia se encuentra enfermo; son las redes a través de las cuales las personas establecen uniones entre sí para ofrecerse apoyo tanto en situaciones cotidianas de normalidad, pero sobre todo, en momentos de crisis o situaciones de conflicto que se viven en el seno del hogar” (9).

La participación de la familia para la recuperación o mejoría de los pacientes que han sufrido la ruptura de un aneurisma cerebral, es fundamental porque quienes sobreviven a la hemorragia pueden sufrir de discapacidades tanto físicas o cognitivas, dificultades visuales como de comunicación, pérdida de conciencia en un sector del cuerpo, disminución de sensibilidad, limitación por años de ciertas acciones con secuelas. Los sobrevivientes después de la fase aguda, suelen regresar a sus hogares con significantes limitaciones, a tal punto que requieren de cuidados externos que pueden durar hasta años ya que no son capaces de cuidarse de sí mismos, y es allí, donde los familiares asumen el cuidado directo del paciente para la atención de sus necesidades básicas, además apoyan en aspectos relacionados a la comodidad, soporte en aspectos de salud, suministro de medicamentos, suministro de apoyo económico, entre otros, mientras que el paciente va recibiendo programas de rehabilitación, que de manera progresiva podrían presentar un avance de mejoría de capacidad funcional, y por ende de su calidad de vida (4, 10).

3.2. CAPACIDAD FUNCIONAL

3.2.1. Concepto

En la literatura existen estudios de revisión sobre la capacidad funcional

en personas de diferentes condiciones como adultos mayores, personas con discapacidad, personas con diferentes tipos de enfermedades agudas y/o crónicas, entre otros, sin embargo, en términos generales, se interpreta como la capacidad que tienen las personas para efectuar sus acciones o actividades de manera independiente, es decir, evalúa la independencia en la ejecución de actividades cotidianas. La capacidad funcional es importante porque promueve la funcionalidad y mejora la calidad de vida (10).

Leitao y cols, (10), refieren también que la capacidad funcional es importante porque ayuda a la prevención de futuras complicaciones en relación con la salud, como discapacidad física, fragilidad, institucionalización y mortalidad temprana.

Según la OMS (11), capacidad funcional se define como “las cualidades asociadas con la salud que posibilitan a un individuo ser y hacer lo que es valioso para él. Está conformada por la técnica propia del individuo ya sea física y mental, donde los factores del entorno pueden tener influencia y por tanto perjudicar esa técnica y todas las interrelaciones que se producen entre el individuo y esas cualidades”. Es por ello que la misma OMS manifiesta que conforme las personas van envejeciendo o enfermando, se van acumulando daños moleculares y celulares que causan el descenso progresivo de las reservas fisiológicas que afecta su capacidad de realizar las actividades primordiales (11). Por otro lado, Marín (12), menciona que “la capacidad funcional es un indicador predictivo y de pronóstico de la condición de salud del adulto mayor o aquellas personas que están atravesando por una enfermedad o recuperación de la misma, por ello es importante valorar la funcionalidad a través de un estudio de la capacidad para realizar las actividades cotidianas de la vida (ABVD), las actividades instrumentales y otras acciones avanzadas”.

Se define a las acciones de la vida cotidiana como “las acciones básicas que permiten a una persona ser autosuficiente en su vivienda, es decir, tener la capacidad de levantarse, movilizarse, asearse, bañarse, vestirse, comer, y la continencia de esfínteres” (12).

3.2.2. Indicadores de la Capacidad Funcional

a. Alimentación

Evalúa la capacidad de la persona para atenderse sola mientras se encuentra en los momentos de la comida, por ejemplo, si necesita ayuda para trozar carne o alimentos, esparcir mantequilla, para servirse los alimentos y alimentarse de manera autónoma, o por el contrario si no puede realizar las actividades anteriores de manera independiente y necesita ayuda que puede ser parcial o total (13).

b. Arreglo Personal

Esta categoría evalúa si la persona es capaz o independiente para realizar de manera autónoma su arreglo personal en actividades como asearse los dientes, manos, cara, afeitarse y peinarse, o si, por el contrario, no puede valerse por sí mismo y necesita ayuda (13). También evalúa si la persona necesita ayuda para vestirse, si, por ejemplo, puede abrocharse los botones, subir o bajar cierres, sujetarse las hileras de los zapatos, sacar la vestimenta que usará del guardarropa, entre otros relacionados a esta actividad (13).

c. Eliminación Intestinal

Se alude a la persona que es capaz de ser continente con la expulsión de las heces, o, por el contrario, si es dependiente cuando necesita que le suministren enemas u otros medios que ayuden a la evacuación, o también considera si tiene accidentes de incontinencia que son considerados excepcionales cuando ocurren una vez a la semana o menos (13).

d. Eliminación Vesical

Esta actividad evalúa la capacidad de la persona de tener control sobre la eliminación de la orina, si es incontinente, usa sonda y su capacidad de cambiarse la bolsa por sí solo, además se considera que es

parcialmente dependiente cuando tiene accidentes excepcionales de incontinencia que sean máximo de una vez en 24 horas, y se considera independiente cuando es continente durante al menos siete días (13). Evalúa, además, si la persona necesita alguna ayuda para desplazarse y atenderse solo en el baño, esto incluye entrar, salir, limpiarse y vestirse después de ir al baño, se consideran dependientes las personas que necesitan ayuda para realizar estas actividades (13).

e. Transferencia (traslado cama/sillón)

Evalúa la capacidad de la persona para trasladarse, por ejemplo, del sillón a la cama, o lo contrario, si puede mantenerse sentado, o si por el contrario necesita soporte o medidas de sujeción o ayuda física para trasladarse (13).

f. Deambulaci3n

Evalúa la capacidad de la persona para caminar y desplazarse solo, de un lugar a otro en el domicilio, sin necesitar ayuda, mientras que la dependencia incluye a las personas que requieren de la utilizaci3n de sillas de ruedas, si necesita la ayuda de otras personas para caminar, aunque sea por distancias cortas, o si para hacerlo necesita la ayuda de muletas o andador (13). Evalúa la capacidad de la persona de subir y bajar las escalares, se considera independiente a la persona que puede realizar esta actividad de manera autónoma, mientras que la persona dependiente necesita de apoyo físico o verbal, así, como el uso de medios de soporte como muletas o bastones (13).

3.2.3. Enfoques Teóricos de la Capacidad Funcional

Un estudio reciente (14) ha encontrado que entre las alteraciones que explican la disminuci3n brusca o progresiva de la capacidad funcional destaca la hiperintensidad de la sustancia blanca cerebral (WMH), la misma que al ser evaluada mediante resonancia magnética cerebral (IRM) es muy prevalente tanto en personas adultas mayores como en aquellas que han sufrido previamente un accidente cerebrovascular, estas alteraciones condicionan que se presente deterioro cognitivo, perdida de

funcionalidad y movilidad. Aunque Hirashiki y cols (14), sugieren que este fenómeno es de origen vascular, su etiología exacta sigue siendo incierta, debido a que tanto el corazón como el cerebro muestran anatomía vascular similar, con grandes conductos arteriales que recorren la superficie de dichos órganos proporcionando perfusión tisular a través de una intrincada red de pequeños vasos penetrantes, se ha podido establecer, aunque todavía no con resultados muy concluyentes que existe una asociación entre la disfunción cardíaca del ventrículo izquierdo con las anomalías cerebrales como WMH, el desperfecto cognitivo y la pérdida de la capacidad funcional.

Se sabe que el aumento de WMH está asociado con progresión de la pérdida de capacidad funcional con el paso del tiempo, es decir, que está se asocia tanto con las variaciones que ocurren durante la senectud, como los resultados de las situaciones médicas que engloban los accidentes cerebrovasculares, entre los cuales destaca la etiología por la ruptura de aneurismas cerebrales, los que luego del tratamiento, causan una nueva red de perfusión a nivel de arterias, arteriolas, venas y capilares que irrigan el cerebro, lo que puede originar alteraciones que lleven a una disfunción subclínica en múltiples órganos y que a su vez incrementan el riesgo de muerte. Además, han informado, que esos cambios también están asociados a disfunción diastólica del ventrículo izquierdo que se asocia con WMH en pacientes adultos mayores o los que han sufrido accidentes cerebrovasculares (14).

Se considera que el corazón y el cerebro están estrechamente relacionados debido a las similitudes entre estos órganos en términos de la hemodinámica y el desarrollo de la aterosclerosis. Además, el aumento de la presión arterial sistólica nocturna contribuye a aumentar los volúmenes de WMH, es por ello que se ha señalado, que el volumen de WMH está asociado con factores de envejecimiento complejos, como aterosclerosis, demencia, debilitamiento de la fortaleza del músculo esquelético y disfunción, lo que conduce a la progresión de la fragilidad y pérdida de la capacidad funcional. Estas asociaciones, en conjunto, indican que el volumen de WMH está asociado con factores complejos, como la

aterosclerosis y las alteraciones en la perfusión cerebral, por otro lado, se ha señalado que estos pacientes progresivamente van desarrollando intolerancia al ejercicio, lo que parece estar relacionado no solo con la disfunción cardíaca, sino también con enfermedad cerebral de pequeños vasos (14).

3.2.4. Factores Que Afectan La Capacidad Funcional

En la literatura se mencionan una serie de factores que están implicados en la conservación de la capacidad funcional o en su disminución gradual, sin embargo, existe consenso en señalar que este proceso es el resultado de una condición multifactorial, en el cual intervienen de manera confluyente factores sociodemográficos y de salud (15).

Paredes y Cols (15), mencionan que el deterioro de la capacidad funcional se encuentra asociado a diversos factores, entre los que destacan por su relevancia, algunos trastornos emocionales, la implicación cognitiva y la presencia de enfermedades de tipo crónico y degenerativas, todos esos factores hacen que la persona pierda de forma progresiva su nivel de independencia y por ende, su capacidad funcional, lo que sin lugar a dudas va afectar su calidad de vida y su desempeño instrumental en su entorno familiar, sociocultural y laboral en el cual interactúa. Se ha señalado que uno de los factores más importantes que se asocian a la capacidad funcional es el género, debido a que tradicionalmente las mujeres parecen ser más vulnerables a la dependencia funcional, en primer lugar esto se debe a que las mujeres son más longevas que los varones y por tanto, se espera que la pérdida de la capacidad funcional les afecte durante mayor tiempo, esto se puede explicar también en el hecho de que según los roles culturales que son aceptados desde tiempos inmemoriales son realizados por mujeres, y por ello, se explican estas diferencias en cuanto a los niveles de dependencia funcional y también en la posibilidad de presentar alguna discapacidad, que a pesar de que pueden ser similares tanto en varones como en mujeres, las comorbilidades se superponen y causan mayor rapidez en la pérdida de la capacidad funcional (15).

En relación con la edad, Paredes y Cols (15) señalan que al parecer no existe una relación muy significativa, existe lo que parece ser una asociación “dosis- respuesta” que explica porque conforme se incrementa la edad de las personas, estas tienen mayor riesgo de dependencia funcional, por tanto, se ha encontrado que un mayor rango de edad, es quizá el principal factor de riesgo que explica la pérdida de la capacidad funcional. También se ha señalado que conforme se incrementa la discapacidad como resultado de la mayor edad o por la presencia de enfermedades, la disminución de la capacidad funcional no siempre se va a acelerar, hecho que es más notorio en las personas con mayor longevidad (16, 17).

A los factores sociodemográficos señalados, es necesario sumarle factores estructurales, entre los que se incluyen la situación socioeconómica, esto explica que las personas que tienen un mayor nivel de ingresos pueden tener mejores oportunidades para acceder a atención médica de forma oportuna, además de tratamientos médicos y de rehabilitación, así, como también a diferentes opciones por los cuales se puede tener la potencialización cognitiva que permita no sólo enfrentar el envejecimiento de mejor manera, sino también, en caso de enfermedad o secuelas de la misma, como, por ejemplo, luego de la ruptura del aneurisma cerebral, las personas con mejor status socioeconómico, tienen mejores oportunidades de tener mejor rehabilitación porque cuentan con los medios financieros necesarios para ingresar a programas de rehabilitación y elementos de soporte de cuidado que ayuda a evitar complicaciones y de esta forma poder prevenir situaciones de dependencia funcional (15).

Es un hecho conocido por todos, que el aumento de las enfermedades crónicas conforme las personas van envejeciendo o en aquellas que tienen enfermedades graves, se suelen tener dificultades y trabas que obstaculizan la autonomía y independencia de las personas, en tal sentido, destacan las alteraciones en la salud mental o los efectos de las

enfermedades en la salud mental, en cuyo caso representan una alta carga no sólo en términos de costos y discapacidad. Por ejemplo, se ha señalado que la depresión afecta de forma muy negativa a las personas que se encuentran en tratamiento o rehabilitación de diversas enfermedades porque afecta la capacidad para la ejecución de las actividades de la vida cotidiana, lo cual, a su vez, guarda relación con el nivel de complejidad y el tiempo que la recuperación requiere (15).

El planteamiento anterior se explica por una hipoactivación dopaminérgica, que participa en la motivación que es necesaria para realizar las actividades y la secuenciación del acto motor, debido a que la depresión afecta el estado de ánimo de las personas, estas no tienen el impulso para realizar las actividades básicas y esto afecta que como consecuencia de ese impulso se produzca el acto motor que implicaría la acción subsecuente. En función del componente cognitivo, Paredes y cols. (15) señalan que el déficit a nivel de los procesos mentales superiores es determinante como factor implicado en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana y como resultado causa la afectación en la calidad de vida.

Los pacientes que tienen implicación neurodegenerativa, como suele ocurrir con los sobrevivientes de la ruptura del aneurisma cerebral, prevalece inicialmente el déficit cognitivo y luego se presenta el compromiso funcional, es por ello, que estas personas van a requerir de algún tipo de asistencia, sobre todo para realizar actividades relacionadas con el manejo y la utilización adecuada de su contexto (18).

3.2.5. Instrumentos De Evaluación De La Capacidad Funcional

En la evaluación de la capacidad funcional, siempre será necesario determinar las actividades cotidianas de la vida, porque en base a ellas se puede comprobar los cambios que la persona está presentando como resultado del envejecimiento o por las enfermedades que presenta. En tal sentido se han diseñado diversas pruebas de evaluación de la capacidad funcional, las cuales son usadas en la destreza clínica como en el contexto

de la indagación científica.

La funcionalidad de las actividades de la vida cotidiana se evalúa mediante tres componentes: valoraciones del equilibrio, básicas e instrumentadas y la marcha.

a) Básicas: mediante el índice de Katz (el Katz ADL), se evalúa la capacidad funcional según la ejecución de acciones básicas, es decir evalúa la condición funcional como una medición de la capacidad de las personas de mayor edad, lo que permite evaluar su desempeño en la realización de actividades cotidianas de forma independiente. Este índice considera el desempeño en 6 actividades: alimentarse, usar el baño, bañarse, continencia, movilizarse y vestirse (19).

Entre los instrumentos básicos destaca también el Índice de Discapacidad de Maryland o también llamado Índice de Barthel, el cual genera una medición que evalúa el grado de independencia del convaleciente en relación con la ejecución de ciertas actividades cotidianas de la vida (AVD). Este tipo de índice asigna una puntuación y ponderación según la capacidad del paciente inspeccionado para realizar las actividades (20). Donde el valor correspondiente a la actividad realizada se basa en el tiempo y cuantía de ayuda física de la actividad que no pueda realizarse por parte del paciente. Por otro lado, se dice que las condiciones ambientales también suelen interferir en la puntuación del Índice de Barthel, ya que, si se requiere demandas especiales en el hogar para la realización de las actividades cotidianas, la puntuación dada será baja cuando el paciente no logre realizarlas. Algunos ejemplos de estas demandas especiales son: requerimiento de barandales en ambas partes de los pasillos, ampliación de puertas para lograr la entrada de la silla de ruedas, cuartos en un solo nivel según el paciente requiera, barras agarraderas en el área de baño, entre otros. Sin embargo, si se quiere lograr una puntuación mayor, se debe brindar una exposición de las condiciones ambientales que requiera el paciente.

El Índice de Barthel, se realiza en el inicio, durante y cierre (rehabilitación total) del proceso de recuperación del paciente, para de esta forma saber la condición funcional del paciente, como también su progreso en cada etapa hasta su total rehabilitación (independencia). Donde si no se muestra un progreso en la rehabilitación en un tiempo oportuno, se indicaría que el tratamiento realizado presenta un potencial pobre (20).

Siendo Loewen y Anderson los primeros en realizar un estudio respecto a la fiabilidad de la escala, ellos entrenaron 14 terapeutas los cuales calificaron la ejecución de actividades de algunos pacientes los cuales fueron grabados mediante cámaras de video vigilancia. Obteniéndose como resultados una mayor fiabilidad inter-observador, a un rango de índice de Kappa de 0.47 – 1, y una fiabilidad intra-observador, entre los rangos de 0.84 y 0.97. El valor del alfa de Cronbach para estudiar la consistencia interna fue de 0.86 y 0.92 teniendo en cuenta la referencia inicial (20).

La validez de concepto, es el nivel de medida de compatibilidad respecto a otras que están hipotéticamente relacionadas. El Índice de Barthel, por ejemplo, ayuda a predecir la mortalidad de las personas, ya que mide el grado de discapacidad; como también indica el grado de respuesta al tratamiento de rehabilitación. Donde a mayor puntuación, menor es el grado de discapacidad, por ende, mayores son sus resultados de rehabilitación (20).

Con respecto a la sensibilidad, este índice logra detectar la mejoría o deterioro en algunos niveles de estado funcional, a pesar de que en cambios extremos su nivel de detección es limitada, esto ocurre cuando el índice no cambia, ya que el paciente obtiene un puntaje de 0 conscientemente, y cae naturalmente en un estado inconsciente, es decir a un rango de dependencia superior (20). Las reglas del IB son:

1. Se utilizará el índice solo como un informe para anotar, las acciones del paciente, más no de lo que debería hacer.
2. El objetivo primordial es determinar el nivel de independencia del enfermo o paciente, ya sea en apoyo físico o verbal por mínimo que sea.
3. Si el paciente requiere supervisión, entonces este es independiente.
4. La mejor evidencia disponible ayuda a establecer el funcionamiento del paciente, esto se realizará mediante preguntas a la fuente general, es decir hacia el paciente, su entorno familiar y cuidadores, por otro lado, también son importantes el sentido común y la observación directa, aunque esta última no es del todo necesario.
5. La dolencia entre las 24 y 48 horas será un punto crítico, sin embargo, ocasionalmente pasado este periodo de tiempo será un punto relevante para determinar el funcionamiento del paciente.
6. Estarán sobre el 50% de esfuerzo, las categorías medias que abarcan la fuente del paciente.
7. Es permitido el uso de ayuda, si es que se es independiente.
8. El rango de puntuación varía entre un rango de 0-100 puntos. Donde si esta se aproxima a 100, indica un grado de independencia mayor (20).

3.2.6. Interpretación Del Índice De Barthel

Si en la obtención de puntos, el paciente obtiene un valor de 100 puntos, esto indicaría que es capaz de controlar los esfínteres (heces y orina), logra alimentarse por sí solo, puede levantarse de la cama y/o silla, asearse por sí solo, ascender - descender por las escaleras y se moviliza al menos una cuadra. Esto no quiere decir que es capaz de vivir solo, y realizar actividades complejas como cocinar, mantener aseada la vivienda o complacer a la sociedad, pero si es capaz de ya no necesitar la ayuda de un personal de salud. Por otro lado, si el paciente obtiene una puntuación cercana a cero, este indicaría la dependencia aún de cuidados especiales por parte de un personal de salud, caso contrario sucede cuando se obtiene

una puntuación cercana a 100 (persona independiente). Teniendo en cuenta que el rango de puntuación es entre cero y cien puntos, y que se tiene intermedios de 5 puntos según la versión original, la interpretación de este índice según Hazzard (20) es:

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia grave
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia
- 100: Independencia

a) Instrumentadas: Son actividades más complicadas y se evalúan mediante el índice de Lawton, el cual permite determinar los grados iniciales de daño funcional de las personas tanto adultas mayores o en enfermos que residen en sus casas, y comprende actividades tales como: usar un teléfono móvil, realizar adquisiciones, cocinar sus alimentos, efectuar el aseo de la vivienda, lavar la vestimenta, utilizar unidades de transporte, cumplir de forma autónoma y responsable con su medicación y ser capaces de utilizar el dinero (19).

3.3. CALIDAD DE VIDA

3.3.1. Conceptos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida (CV) “es la impresión de un sujeto hacia sí mismo, teniendo en cuenta postura en la vida con respecto a los valores, la cultura que lo rodea y la relación que existe con sus aspiraciones, objetivos o metas, estándares e inquietudes” (21).

La OMS, amplió el concepto inicial por: “es la comodidad, felicidad y satisfacción de un sujeto, el cual establece la facultad de actuar, funcionar o una percepción positiva con respecto a la vida” (22). La CV es difícil de conceptualizar y, por tanto, no existe un consenso mundial, aunque Muldoon et al. citados por Santos y cols (23), define que la CV, no es un pronominal directo con respecto a la condiciones objetivas y reales de la

vida de los individuos, sino por la valoración que se realiza cada uno sobre estas condiciones, involucrando así elementos subjetivos y objetivos, abarcando muchos significados, conocimientos, experiencias, valores individuales y colectivos. La evaluación de la CV, aunque es un componente complejo, es fundamental para mensurar las condiciones de vida y la percepción de las mismas en una población.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la afectación de la salud física y mental de un paciente y sus correlatos, incluidos los riesgos y condiciones de salud, el grado de independencia, ayuda social y el nivel socioeconómico a lo largo del tiempo (24, 25). Este concepto se establece como una faceta del estado de vida de un individuo al medir su bienestar como paciente médico. La CVRS se analiza como un estado de salud funcional e reconoce estrategias efectivas para lograr mejores condiciones en los pacientes como resultado de las intervenciones médicas (26, 27).

Después de un tratamiento médico, los pacientes pueden percibir y demostrar diferentes condiciones a lo largo del tiempo, desde las etapas iniciales del procedimiento hasta muchos años después de finalizado el tratamiento. Los cambios en la medición de la percepción del individuo o estándar interno se conocen como Cambio de respuesta (RS). Desde una perspectiva clínica, la RS se genera como el cambio de significado de una evaluación autoadministrada por el sujeto como un mecanismo válido y sensible para evaluar el cambio en diferentes momentos en el tiempo (28).

3.3.2. Modelos Teóricos De La Calidad De Vida

El modelo teórico de Spranger y Schwartz (29), explica cómo las enfermedades pueden afectar la CVRS como resultado de cambios en el estado de salud. Como modelo de línea de base, presenta cinco componentes: un catalizador, correspondiente a un estado de salud individual o sus cambios como resultado o no de un tratamiento (1); antecedentes, referidos a las características del individuo que influyen en los catalizadores o mecanismos de evaluación (2); mecanismo, explicado

por procesos conductuales, cognitivos o afectivos que acomodan cambios en los catalizadores (3); cambio de respuesta, que representa cambios en el significado de una autoevaluación individual de la calidad de vida como resultado de cambios en los estándares internos, valores o conceptualización (4); y calidad de vida percibida (5). Rapkin y Schwartz (30), proponen que los procesos de evaluación de la CV deben considerar cómo los individuos perciben su estado de salud y responden cuestionarios sobre su CV. El modelo sigue estos procesos: inducción de un marco de referencia (1); muestreo basado en el marco de referencia (2); juzgar según los estándares de comparación (3); y combinar algoritmos para formular una respuesta (4). La propuesta permite una retroalimentación dinámica para explicar cómo se pueden estabilizar las puntuaciones de calidad de vida teniendo en cuenta las diferencias interindividuales y temporales a pesar de los cambios en el estado de salud.

La autoevaluación de un individuo puede evidenciar cambios en tres contextos: en los patrones internos de la escala de medición (recalibración) indicando que el paciente tiene una nueva escala para medir su propio estado de CVRS; en la escala de valores (repriorización) representando un cambio en la prioridad de elementos que inciden en el contexto de vida; y en la definición del constructo objetivo (reconceptualización) cuando un paciente plantea una redefinición de su propio concepto (29). Los procesos de cambio de un paciente deben medirse adecuadamente cuando se evalúan los efectos de una enfermedad o tratamientos médicos (31, 32). La interpretación de los datos de CVRS representa un desafío porque los pacientes autoinforman sus condiciones de salud en un momento específico, que también puede verse influenciado por fenómenos psicológicos (33). Esto sugiere que las mediciones de CVRS deben considerar que el individuo informa sobre su estado, al menos en dos o más momentos para detectar cambios significativos en el tiempo.

3.3.3. Dimensiones De La Calidad De Vida

a. Función Física

“Es la relación entre el grado de salud con respecto al funcionamiento físico, alimentación, asistencia sanitaria apropiada, afectuosidad de las actividades cotidianas de la vida, como de vestimenta, aseo y seguridad” (34). El bienestar físico es sin duda alguna, la dimensión más importante del constructo de la calidad de vida porque es la dimensión principal que permite garantizar calidad de vida en las personas, esto quiere decir, que las personas que se encuentran padeciendo alguna enfermedad grave o de evolución crónica, difícilmente podrán tener un bienestar físico va en desmedro de su calidad de vida

Es por ello, que en las personas que se encuentran enfermas o en recuperación de alguna enfermedad, la dimensión de función física, aborda aspectos que pueden tener mucha relación con el pronóstico, entre los que se incluyen los tratamientos farmacológicos, que por lo general son prolongados y que afectan el bienestar físico, además de otros factores físicos, cognitivos y sensoriales. Esta dimensión engloba indicadores que incluyen la nutrición, salud, aseo personal, la condición física, el sueño y el descanso y la relación con el entorno; siendo a su vez estas variables, indicadores que se evalúan como indicadores de la capacidad funcional (34).

b. Rol Físico

El rol físico que se relaciona con posibles dificultades en el centro de trabajo y las acciones relacionadas con la salud física, el cual incluye aspectos como el desempeño de la persona para realizar actividades inherentes a su rol, tanto para desarrollar sus actividades básicas, como otras actividades propias de su quehacer familiar, laboral, social (35). El rol físico es el “nivel en que la salud física se interpone en el trabajo y acciones cotidianas teniendo en cuenta el rendimiento menor que el deseado, inconvenientes en las acciones ejecutadas o problemas en la ejecución de actividades” (36).

c. Dolor Corporal

“Es el nivel y efecto del dolor en el trabajo frecuente, dentro como fuera del hogar” (35), es comprensible asumir que las personas que se encuentran enfermas, o en recuperación de alguna enfermedad, no logran gozar de una calidad de vida plena si presentan dolor, sobre todo cuando este es intenso y crónico, porque el dolor corporal incide de manera negativa en las diversas dimensiones de la calidad de vida (35).

d. Salud General

Es la valoración que la persona tiene respecto a su salud, ya sea actual, en el futuro o la oposición a enfermarse (35).

e. Vitalidad

La vitalidad es la sensación de energía, es la sensación de energía y vitalidad, que la persona hace predominar ante la sensación de cansancio y fatiga (35).

f. Función Social

“Es el nivel en que las dificultades de salud física o emocional se interponen en la vida social frecuente” (35), al igual de lo que ocurre con el dolor corporal, es muy difícil que las personas que presentan problemas de salud, puedan desempeñar de forma adecuada con todas las funciones o roles sociales que se esperan de acuerdo a su edad, sexo, ocupación, actividades cotidianas y otras.

g. Rol Emocional

“Es el nivel en que las dificultades emocionales se interponen ante el trabajo u otras acciones de la vida diaria” (35).

h. Salud Mental

Es una de las de dimensiones sustanciales que forman parte del constructo de la CV, ya que abarcan los posibles trastornos que merman la calidad de vida, tales como el estrés, ansiedad, depresión, vigilancia de la conducta, y bienestar común (35).

3.3.4. Evaluación De La Calidad De Vida

La CV suele determinarse mediante autorreportes de los pacientes, aunque en varias ocasiones muchas veces esto resulta ser subjetivo ya que no se logra expresar las escalas estandarizadas, debido que los instrumentos tienen un carácter estructurado, abordaje transversalidad y la medición de la afectación. La evaluación por medio de instrumentos estructurados, se vincula con los instrumentos de medición y la elaboración de escalas, lo cual a su vez se vincula con los ejercicios de normalización presentes en el área médica. Donde lo patológico, por lo general se determina mediante la desviación con respecto a los principios de referencia de la población, por lo que se precisa de instrumentos verdaderos y firmes, para que nos ayuden a determinar la desviación. Teniendo en cuenta que en el CVRS no se encuentran

valores normales, para comparar a los pacientes sanos de los enfermos se utilizara instrumentos apropiados. Conforme a lo dicho, el CVRS, procedió a crear más instrumentos de medición en vez de aclarar el concepto (37).

Los instrumentos de evaluación usualmente son genéricos o específicos, donde los genéricos se utilizan para evaluar a las personas con cualquier tipo de enfermedad, así mismo también concibe la salud ampliamente, indagando el bienestar social, físico y emocional, sin embargo, a pesar de evaluar lo mencionado, no existe un pacto sobre lo que debería de haber estas áreas, en la naturaleza y cantidad de dimensiones que deben de abarcar. Es por ello que una que otra escala averigua sobre el bienestar con respecto al entorno, creencias personales, espiritualidad y religión. En este tipo de instrumento también se examina el nivel de funcionalidad en cada dimensión, y en ocasiones también el bienestar conjunto del grupo de dimensiones (37).

Con respecto a los instrumentos específicos, estos evalúan el nivel de impacto de la condición de salud privativo, ayudando a examinar que dolencia o malestar causan los síntomas de la enfermedad, debido a que estas escalas son específicas, son aplicadas solamente en las personas que presentan la enfermedad o al conjunto de patologías en interés. A pesar de que en este tipo de instrumento no se puede comparar con la población salubre, se sujeta que la CV conforma la ausencia disfuncional y el malestar, en otras palabras, el punto de normalidad con el que se realiza la comparación es el bienestar total en el que se efectúan las acciones cotidianas (37).

En resumen, los instrumentos de evaluación de la CV, se encuentran vinculados a los conocimientos de funcionalidad y bienestar, ya que en los instrumentos se muestra una inclinación basada según la perspectiva médica,

que indica que el bienestar total es tener una buena vida, ser útil e independiente, es decir estar bien de salud, significa tener un correcto funcionamiento orgánico y una apropiada funcionalidad, concordando

con lo dicho por la OMS, el cual enuncia la salud como una situación de integro bienestar mental, físico, y social. Por otro lado, los instrumentos de CVRS, se basan en la definición enunciada, donde si existe bienestar y funcionalidad entonces existe una buena CV. Teniendo en cuenta lo mencionado, la CV, es tener una buena salud, y en caso se presente alguna enfermedad, que esta no afecte la funcionalidad ni el bienestar de la persona (37).

3.4. ANEURISMAS CEREBRALES

3.4.1. Definición

Un aneurisma cerebral “es una malformación vascular cerebral (EVC), la cual ocasiona una deficiencia en la pared arterial ocasionando una dilatación o abaloniamiento en una sección ubicada en la pared del vaso sanguíneo” (38).

3.4.2. Epidemiología

La hemorragia intracraneal que resulta de la rotura de un aneurisma cerebral, está considerada como una emergencia neurológica, con consecuencias altamente devastadoras y de una elevada morbimortalidad a nivel general; debido a que de los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA), el 10% fallece antes de llegar al hospital, el 25 % fallece durante el primer día y el 40 – 50% fallece durante el primer mes; por ello, resulta tan importante poder reconocer esta patología para un diagnóstico y tratamiento temprano (39). Su presentación típicamente suele ocurrir durante los 40 – 60 años, en el caso de la mujer se da en una relación de 2 a 1, con una frecuencia anual entre 2 al 5%, con un peligro de rotura clásica del 1 al 2% y una incidencia anual hasta de 0.95% en el caso de las aneurismas asintomáticas integras según los últimos reportes, teniendo en cuenta que existe un mayor riesgo de rotura cuando existen diversas aneurismas (39). Por otro lado, según reportes, el % anual de rotura

según la ubicación es de un 0.67% en la arteria cerebral media, 0.26% en paraclinoides, 1.31 % en comunicación anterior, 1.9% en la arteria basilar y 1.72% en comunicación posterior (40). El % anual de rotura en función al tamaño fue de 0.36%, 0.50%, 1.67%, 4.37%, 33.4% para 3 a 4 mm, 5 a 6 mm, 7 a 9 mm, 10 a 24 mm y para neurismas mayores de 25 mm respectivamente (40).

3.4.3. Fisiopatología

Las causas de la fisiopatología del EVC hemorrágico, dependen del principio y diversidad del EVC, donde el metabolismo cerebral habitual es interrumpido por la exposición de sangre al cerebro, crecida de la presión intracraneal (PIC) debido a la entrada repentina de sangre a la zona subaracnoideo comprimiendo y lesionando el tejido cerebral, como también por la isquemia secundaria que padece el cerebro debido al descenso de la presión de perfusión y el vasoespasmo que esta conjunta en casos a la hemorragia subaracnoidea. Donde la solución consistirá en el reposo absoluto bajo sedación para evitar estrés o agitación, manejo del vasoespasmo y la intervención quirúrgica para evitar una nueva hemorragia (41).

Respecto a las causas que originan la formación de aneurismas cerebrales, se localiza el tabaquismo el cual impulsa que la pared arterial se inflame debido a diversas condiciones. El humo de tabaco como los compuestos nicotínicos aumentan la manifestación de varias proteínas inflamatorias las cuales se adhieren al endotelio y por el fenómeno de quimiotaxis inducen la infiltración de los linfocitos, proteína 1 monocito quimiotáctico (monocyte chemotactic protein-1 (MCP-1)) e interleucina-8. Donde el monocito quimiotáctico es de suma importancia en la formación de aneurismas, debido a que, a través de experimentos en ratones, se ha logrado constatar que en ausencia de la MCP-1, el aneurisma no crece (42).

Dentro de las causas biológicas que impulsan el desarrollo y rotura del

aneurisma intracraneal sacular, la pérdida de la eliminación de la media en compañía de la lámina elástica interna del vaso. Por otro lado, la inflamación también es de suma importancia, ya que, partiendo del daño endotelial, el aneurisma aumenta de tamaño en presencia de inflamación ya que contiene células macrófagas y lisas, que luego degradaran la matriz y se producirá la apoptosis celular, donde el daño endotelial se debe al traslado de las células lisas musculares hacia la íntima capa. Las células lisas musculares tienen la capacidad de experimentar una modulación fenotípica proliferando y sintetizando una matriz rica en fibras colágenas que colaboran en la formación de un trombo en la luz arterial, el cual incrementa la resistencia a la tensión (42).

Otras causas genéticas que intervienen en la creación de los aneurismas, son la interleucina 6 (Interleukin-6 (IL-6)), la cual es una notable citoquina proinflamatorio, como también una proteína con una variedad de funciones enlazada principalmente con el origen y la vigilancia de la respuesta inflamatoria, encontrándose el gen de esta proteína en el brazo corto del cromosoma 7 (7p21). Según investigaciones se ha descubierto que se presenta una secreción de LL-6 en los pacientes que tienen aneurisma, produciéndoles complicaciones cardiovasculares, como también que la presencia de esta proteína fomenta el polimorfismo que se vincula a las aneurismas intracraneales, abdominales y aórticos (43).

3.4.4. Factores De Riesgo

Los factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de alcohol y probablemente hipertensión, hipercolesterolemia y la utilización de anticonceptivos orales según estudios han sido confirmados como causas del aneurisma, como también algunas enfermedades las cuales se vinculan con el incremento de la prevalencia de aneurismas con rotura y sin rotura, tales enfermedades son el aneurisma intracraneal familiar (F.I.A.), la enfermedad renal poliquística autosómica

dominante (A.D.K.D.), coartación aórtica y la fibrodisplasia y (44). Por otro lado, también existen asociación menor con otras enfermedades como el síndrome de Ehlers-Danlos, Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, Neurofibromatosis, Síndrome de Marfán, Enfermedad de Moya-Moya y la Esclerosis Tuberosa (44).

Siendo la hemorragia intracraneal en la zona subaracnoideo y la rotura la consecuencia más perjudicial, debido a la elevada tasa de morbimortalidad, debido a que del 1 al 2% es la tasa de periodicidad de la ruptura del aneurisma asintomática (44). Donde la magnitud del aneurisma y la ubicación en la circular posterior son factores de predicción ante una ruptura, siendo el primero es mejor factor (44).

3.4.5. Manifestaciones Clínicas

El informe clínico de los aneurismas es similar tanto en niños como en adultos, ya que usualmente se presenta como cefalea intensa, efecto compresor directo, hemorragia subaracnoidea, cambios de la personalidad o ataques, déficit neurológico focal, siendo solo la aneurisma intracraneal fusiforme la que no presenta déficit hemorrágico (45). Por otro la cefalea intensa de comienzo súbito con una duración de algunos minutos como la pérdida de conciencia son unas de las manifestaciones de la hemorragia subaracnoidea (HSA) producto del aneurisma (45).

Uno de los casos de aneurisma sintomático es el vascular incidental, por lo que es recomendable tomar referencias de algunos casos como la angina de pecho, estenosis de la arteria carótida interna, aterosclerosis y enfermedad cerebrovascular isquémica (45). En el caso de los niños usualmente la función mental se encuentra estable, pero aun así se presentan manifestaciones clínicas como cefalea de aparición severa, súbita, expansiva y espontánea, además de crisis convulsivas (tónico, cólicas), vómitos múltiples, desorientación y letargia. Siendo el lado izquierdo en el que predominan las lesiones, sin

importar la edad o el sexo (45).

3.4.6. Diagnóstico

El diagnóstico de los aneurismas por lo general suele ser muy difícil y puede pasar desapercibido porque la mayoría de pacientes tienen síntomas vagos, además, el índice de sospecha en la mayoría de casos es bajo, y solamente se estudia con mayor detalle cuando se presenta un episodio de hemorragia subaracnoidea. El diagnóstico se realiza de forma más frecuente mediante la arteriografía por medio de una resonancia magnética (MRA) y tomografía computarizada (CTA), donde la MRA estudia las venas y arterias cervicales e intracraneales sin el requerimiento de gadolinio. En el caso del CTA, este puede ser un complemento del TAC sin contraste, para realizar el análisis en el caso de las enfermedades cardiovasculares, siendo necesario para esto contraste de yodato el cual será administrado intravenosamente (45). Al administrar el contraste de yodato, este se ubica en el ambiente extracelular, para luego repartirse en medio del ambiente extra e intravasculares, donde el realce vascular se sujeta a la rápida repartición del contraste, y los medios de contraste más empleados son los hiposmolares, isoosmolares no iónicos (45). El CTA es usado mayormente para visibilizar el aneurisma de tipo incidental, con estenosis de la arteria carótida interna. Otra utilización de la arteriografía es por sustracción digital (ASD), el cual ayuda en la obtención de imágenes tridimensionales, los cuales ayudan a visualizar la configuración y contorno del aneurisma (45).

3.4.7. Tratamiento y Rehabilitación

A lo largo de los años, el tratamiento a pacientes con aneurisma arterial se desarrollaba por medio de una combinación de control de presión arterial con una espera cuidadosa o una operación quirúrgica. Sin embargo, a través de los años, han surgido nuevas tecnologías endovasculares las cuales no son muy invasivas. Actualmente existen

2 tratamientos quirúrgicos para el aneurisma cerebral: coiling, clipaje. Dependiendo el uso de cada tratamiento según las características clínicas de cada paciente. Según reportes, el tratamiento de clipaje en pacientes con aneurisma, presentaron una rehabilitación temprana (46).

Con respecto a las técnicas endovasculares con menor invasión, estas permiten la inserción de injertos de stent metálicos los cuales estarán cubiertos por las arterias de la pierna, y se desplegarán por medio del aneurisma. Para el aneurisma intracraneal existen 2 técnicas de tratamiento: espiral endovascular y ligadura quirúrgica. En 1937, el medico Walter Dandy perteneciente al Hospital Johns Hopkins, realizo el primer recorte quirúrgico, el cual consistió en exhibir el aneurisma mediante el procedimiento de craneotomía, para luego cerrar la base de este utilizando un clip. Sin embargo, al pasar los años, el procedimiento de Dandy se ha cambiado y mejorado, fue así que, en 1991, Guido Guglielmi en la Universidad de California en Los Ángeles, introdujo la utilización de los espirales endovasculares, el cual consistía en introducir en la arteria femoral (ingle), arterias del cerebro, aorta y en el aneurisma un catéter (44).

En cuanto al tratamiento farmacológico de los aneurismas cerebrales, la literatura menciona que no existe tratamiento específico para esta grave enfermedad, lo que se emplea son fármacos para el control de las patologías subyacentes como la hipertensión arterial, que puede conllevar al aumento de la presión intracraneana y la consecuente ruptura de los aneurismas preexistentes. También se emplean corticoides para disminuir la inflamación cerebral, manitol para disminuir la presión intracraneana consecuencia de la hemorragia, así también se pueden emplear fármacos para la arterioesclerosis entre otros, pero ninguno es específico para los aneurismas, dado que su tratamiento es eminentemente quirúrgico (42, 44).

Un aspecto de crucial significancia en el manejo integral de los pacientes es la rehabilitación, la misma que consiste en el

reentrenamiento de las funciones afectadas por la ruptura del aneurisma, algunos pacientes desarrollan secuelas motoras, en consecuencia, la rehabilitación consistirá en fisioterapia para preservar la masa y fuerza muscular, evitar contracturas musculares que son signos del daño neurológico, además de evitar déficits motores, reentrenamiento de la marcha. En los pacientes con secuelas del habla, se deberá realizar reentrenamiento del lenguaje y habla, evitar afasias y otras secuelas (39, 40).

3.4.8. Complicaciones

La ruptura de los aneurismas cerebrales tienen como consecuencia un Accidente Cerebro Vascular de tipo hemorrágico, el cual constituye una catástrofe neurológica cuando no es tratado de forma inmediata, y también es más grave conforme mayor es la cantidad de sangrado, como tal, este evento suele cursar con numerosas complicaciones como: vasoespasma cerebral la cual a su vez genera convulsiones, isquemia cerebral e hidrocefalia aguda (ocurre cuando hay un impedimento de reabsorción en las vellosidades aracnoideas del líquido cefalorraquídeo por parte de la sangre); y expansión de hematomas o hemorragias de repetición (45).

Es por ello que las guías actuales de manejo, sugieren que el aneurisma sea tratado precozmente, para así en un futuro evitar complicaciones mayores como el resangrado, es de suma importancia realizar la angiografía cerebral para así determinar el tratamiento adecuado según el aneurisma (46).

El pronóstico de los pacientes que han padecido la ruptura de un aneurisma es crítico dado que sólo el 25% pueden reanudar su rutina diaria, son asintomáticos psicológica y neurológicamente, el 75% de los pacientes que sobreviven presentaran secuelas de tipo neurológico y déficits motores, el 30% queda con anosmia permanente; el 60% tendrá cambios de personalidad, donde destacan la irritabilidad y la

labilidad emocional); además se ha encontrado que 1 de cada 14 a 20 pacientes presentará epilepsia; asimismo, se ha notado que la incidencia de hemorragia subaracnoidea después de 10 años del primer episodio es del 2 al 3% (47).

3.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST- OPERATORIO DE PACIENTES CON ANEURISMA CEREBRAL

El Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), es utilizado por el de enfermería para planificar y organizar los cuidados que brindará a los pacientes, siendo este un método inherente a la profesión cuyas principales características son que es dinámico sistemático, cíclico y organizado; asimismo constituye la base teórica práctico del cuidado enfermero (48). Este proceso consiste en cinco etapas: 1) valoración, que incluye la búsqueda de información relevante a partir de diversas fuentes; 2) diagnóstico, por medio del cual se realiza un juicio clínico en función con la respuesta humana; 3) planificación, en esta etapa se instaura las actividades y las intervenciones que tendrá que realizar el personal profesional con cada paciente; 4) ejecución, es el momento en el cual se ejecuta el plan de cuidados; 5) evaluación, en esta etapa se evalúa si las actividades efectuadas en el plan de cuidados han sido eficaces o no (48).

Los pacientes que sobreviven a la ruptura de aneurisma, luego del tratamiento quirúrgico, son ingresados a servicios médicos de alta complejidad como son las Unidades de Cuidado Intensivo, es por ello, que los profesionales de enfermería están las 24 horas del día en contacto con los pacientes y por ello es indispensable que el personal este capacitado, y cuente con los conocimientos, habilidades y la experiencia correspondiente para ofrecer un servicio de atención integro, para poder satisfacer las necesidades asistenciales de los pacientes (48). Los cuidados de enfermería a pacientes que han sufrido la ruptura de aneurisma, durante el postoperatorio, los enfermeros deben realizar su atención centrada teniendo en cuenta la evaluación integral del paciente y su inspección continua, esto permitirá que se identifiquen signos y síntomas que van a permitir evitar complicaciones. El objetivo del proceso de cuidado durante esta etapa, es ayudar a que el paciente recupere su equilibrio fisiológico, presentando ninguna o un mínimo de complicaciones, debido a los

cuidados de calidad brindados (48).

Los cuidados básicos que los enfermeros brindan a los pacientes se centran en los siguientes:

- Evaluación neurológica, incluye la evaluación mediante la aplicación de la Escala de coma de Glasgow del estado de conciencia, citada por Basso y cols (1). En 1974, Graham Teasdale y Bryan Jennett, miembros del Instituto de Ciencias Neurológicas, de la Universidad de Glasgow, plantearon la escala de Glasgow, con el objetivo de emplearlo como una herramienta del estado de conciencia mediante una valoración objetiva para los pacientes con traumatismo craneoencefálico, la cual se evalúa mediante 3 parámetros: respuesta verbal, apertura ocular, y respuesta motriz de acuerdo a los siguientes puntajes:

PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
Apertura ocular	Espontánea	4
	Voz	3
	Dolor	2
Respuesta verbal	Ninguna	1
	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropiada	3
	Sonidos	2
Respuesta motriz	Ninguna	1
	Obedece	6
	Localiza	5
	Retirada	4
	Flexión	3
	Extensión	2
	Ninguna	1

- La cabeza y cuello siempre deben permanecer en una posición neutral.
- Control de signos vitales.
- Asegurar que la ventilación es adecuada, brindar un manejo adecuado de la oxigenoterapia y prevenir una posible hipercapnea.
- Mediante un sondaje vesical se realizará la diuresis horaria.

- No se realizarán actividades que incrementen la PIC como girar la cabeza, maniobra de Valsalva o girar el cuello, ya que podrán afectar las venas yugulares.
- Monitorear los signos de alarma, como las alteraciones electrolitos y líquidos.
- Cada 12 horas se realizará un Balance hídrico estricto.
- Con el objetivo de evitar posibles complicaciones, se brindará un cuidado del corte de incisión y herida.
- Cuidados del drenaje.
- Cuidados del catéter urinario.
- Las barandas de la cama siempre deberán estar levantadas.
- Para evitar úlceras debido a la presión, se debe realizar cambios de posición frecuentes, conservando siempre una correcta postura del cuerpo.
- Siempre deberán estar acolchadas las zonas en las que se ejerce presión con la finalidad de evitar futuros daños en la articulación muscular (48).
- Valorar si el paciente precisa intubación, que ocurre cuando según la valoración de la escala de glasgow el puntaje es inferior o igual a 8.
- La parte de apoyo de la cabeza prominente debe de tener un ángulo entre 30-45° para favorecer el retorno venoso.
- Estar al tanto de las convulsiones considerando las precauciones para evitar que el paciente se dañe.

3.6. MODELO DE PATRONES FUNCIONALES DE MARYORI GORDON

En 1970, Marjory Gordon, creo patrones funcionales de salud, con la finalidad de sistematizar la valoración de los pacientes. “Los patrones funcionales son una conformación de comportamientos que tienen en común la mayoría de las personas, los cuales se basan en la calidad de vida, potencial humano y salud, a lo largo del tiempo de forma secuencial” (49).

Los patrones funcionales consideran al paciente de manera holística y acopian la información indispensable del paciente, y su entorno social y familiar. Es

por ello que Gordon clasifica en 11 patrones funcionales, los cuales explican las áreas que engloba el ser humano. Donde en cada patrón, se debe reunir los datos sobre la conducta funcional y disfuncional del paciente. A continuación, en la Tabla 1, los patrones funcionales de la salud: (49)

Tabla 1. Patrones funcionales de la salud (Maryori Gordon)	
1. Percepción, manejo de la salud	Evalúa el bienestar y el manejo de la salud del paciente. Es decir, que los enfermeros deben evaluar cómo se siente el paciente respecto a su salud y sus expectativas sobre la misma.
2. Nutricional, metabólico	Evalúa la ingesta de líquidos y alimentos según a su aporte de nutrientes y las necesidades metabólicas del paciente. En los pacientes que se recuperan de la ruptura de aneurisma, suelen presentarse estados ansiosos, depresivos, como secuelas, y estos muchas veces afectan el consumo de alimentos, además, los pacientes que tienen discapacidad para alimentarse por sí solos también suelen tener pérdida de peso ya desde la hospitalización, siendo importante que la dieta que reciba sea capaz de suplir todos sus requerimientos nutricionales.
3. Eliminación	Función excretora (piel, intestino y vejiga). Como consecuencia del ACV producido por la ruptura del aneurisma, es frecuente que los pacientes presenten incontinencia o estreñimiento, de allí que se precisan cuidados dirigidos a evaluar si la diuresis y eliminación intestinal diaria son normales, y en caso contrario, aplicar medidas para corregir estas situaciones, en muchos casos es necesario, el uso de pañales absorbentes, así como añadir fibra a la dieta o el uso de laxantes de tipo

	lactulosa.
4. Actividad-ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio. Es fundamental para mejorar tanto la capacidad y resistencia física de los pacientes, los que por lo general pierden masa, tono y fuerza muscular debido a la hospitalización prolongada y, además, también necesitan ir aumentando gradualmente la actividad para favorecer la recuperación funcional y sobre todo, mejorar el estado de ánimo, la autoestima, asimismo, las actividades de ocio ayudan en la mejora de la calidad de vida.
5. Sueño-descanso	Sueño, descanso y relajación. El personal de enfermería debe fomentar, a que los pacientes durante la recuperación tengan sueño y descanso reparadores para que estos contribuyan a la mejoría más rápida.
6. Cognitivo perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición. Debido a la alta frecuencia de complicaciones y secuelas en estos aspectos, es importante que los pacientes inicien programas de rehabilitación de forma precoz para que se pueda preservar la sensibilidad, la percepción y la cognición, para ello se aplican programas de neurorehabilitación.

<p>7. Autopercepción, autoconcepto</p>	<p>La percepción del estado de ánimo y el autoconcepto del paciente. Es importante que se ayude a los pacientes a preservar su autoconcepto, que se le ayude a realizar actividades de acuerdo a sus capacidades e idealmente que estas le permitan generar ingresos económicos para contribuir a su sentimiento de valía personal.</p>
<p>8. Rol-relaciones</p>	<p>Compromiso del rol y relaciones. Luego de la recuperación y sobre todo si se presentan secuelas graves, es frecuente que los pacientes sufran la ruptura de relaciones amorosas, y que se alteren los roles que desempeñaban antes de la enfermedad, por ello, es necesario ayudarlos desde el aspecto psicoemocional para que, en la medida de lo posible, estos roles y relaciones no se afecten de forma importante causando mayor ansiedad y depresión al paciente.</p>
<p>9. Sexualidad, reproducción</p>	<p>Satisfacción sexual y patrón reproductivo. Es frecuente que los pacientes durante periodos de tiempo variable después del tratamiento, presenten disfunción eréctil como secuela, de ahí que se precisa atención especializada que alivie este problema. En el caso de las mujeres, la ruptura de aneurisma, muchas veces afecta el deseo de tener hijos y esto causa mayor afectación psicoemocional.</p>
<p>10. Adaptación, tolerancia al estrés</p>	<p>Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Los enfermeros deben ayudar a los pacientes a adoptar estrategias de afrontamiento dirigidas a mejorar el problema, a la aceptación del</p>

	mismo de forma resiliente y al uso de estrategias de manejo del estrés.
11. Valores-creencias	Son los objetivos, valores y creencias, sean espirituales o no, que guiaran en la toma de decisiones de la persona. La forma como se puede ayudar a los pacientes en este patrón funcional, es promoviendo el afrontamiento mediante el uso de las estrategias de apoyo basado en la fe, la confianza, la religión.

3.7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.7.1. Internacionales

- **ABOUKAIS R. ET AL. (2021) Inglaterra**, “IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID 19 EN PACIENTES CON RUPTURA DE ANEURISMA INTRACRANEAL”, concluyen que las tasas de presentación neurológica deficiente y presentación radiológica grave al ingreso hospitalario fueron más altas en el grupo de 2020 en comparación al grupo del 2019. El retraso en el ingreso hospitalario fue de 2,7 días en el grupo de 2020 y de 0,75 días en el grupo de 2019 ($p = 0,005$). Por lo tanto, la tasa de vasoespasma en la presentación también fue mayor en el grupo de 2020 ($p = 0.04$). En caso de una pandemia recurrente de COVID-19, se debe enfatizar la educación de la población sobre síntomas específicos como dolor de cabeza repentino, déficit neurológico o incluso dolor torácico repentino (50).
- **XU J, WU J, YAN H. (2020) China**, “APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTERPROFESIONAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA”, compararon la viabilidad y

el efecto del modelo de atención interprofesional en pacientes con aneurisma, que presentan una hemorragia en la zona subaracnoidea en dos grupos. Obteniendo como resultados que después de la intervención quirúrgica, el grupo de pacientes en observación tuvieron una estancia hospitalaria media más corta ($15,98 \pm 2.7$), tarifas hospitalarias más bajas (81.018 ± 1.3), mayor satisfacción con la calidad de la enfermería (98,3%), menor incidencia de complicaciones (19.89%), y menor tasa de evolución de la enfermedad y reingreso ($p < .05$). Concluyéndose que los pacientes observados lograron una mejoría para ejecutar actividades de la vida cotidiana (51).

- **CASTILLO J, GARCÍA E, CHEVERRÍA S. (2019) México,** “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL POSTOPERATORIO A PACIENTES SOMETIDOS A CLIPAJE DE ANEURISMA POR RUPTURA”, concluyen que es una situación grave y preocupante el accidente cerebral vascular secundario a rotura de aneurisma cerebral, tanto para la familia como para el sistema sanitario, por lo que una atención de calidad de enfermería hacia el paciente es de suma importancia (48).

- **VALVERDE M, MORA M, CALDERÓN M, SARMIENTO M. (2019) Ecuador,** “ANEURISMA CEREBRAL: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE MICROSTENT, INDICACIONES Y RESULTADOS”, concluyen, que es menor el riesgo de producir efectos en los tratamientos endovasculares secundario, ya que son más tolerables sus mecanismos, debido a que en este tratamiento la circulación de la sangre por las arterias tiene una mejor respuesta (52).

3.7.2. Nacionales

- **DEL CASTILLO S. (2020) Callao**, “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSOPERADOS DE CLIPAJE DE ANEURISMA CEREBRAL DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO- 2020”, concluye que, en base a la teoría de enfermería de Marjory Gordon, se puede optimizar la atención de enfermería brindados a los pacientes hospitalizados en estado crítico, siendo necesario fundamentar de manera científica y teórica la atención por parte enfermería (53).
- **POSADAS Lourdes. (2018) Lima**, “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016”, concluye que los primordiales factores de riesgo vinculados al evento cerebrovascular isquemicotrombotico son la dislipidemia y la hipertensión arterial, por lo que se recomienda su debida observación y control de estos factores en el paciente (54).
- **COASACA Juan. (2016) Lima**, “COMPLICACIONES POR ROTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES EN PACIENTES OPERADOS HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2006 – 2014” concluyen que la enfermedad es más frecuente en mujeres. Siendo las complicaciones en la etapa prequirúrgico de vaso espasmo, neumonía intrahospitalaria y resangrado; siendo las complicaciones en la etapa intraoperatorio, la rotura del saco aneurismático, disección difícil en 36 casos; en el periodo postoperatorio las complicaciones observadas fueron un Clipaje inadvertido de la arteria pericallosa o rama temporal y/o frontal del cerebro medio en 5 casos, isquemia cerebral, neumonía intrahospitalaria, hemiplejia, infarto cerebral distal, afasia, desorden hidroelectrolítico y disartria (55).

3.7.3. Locales

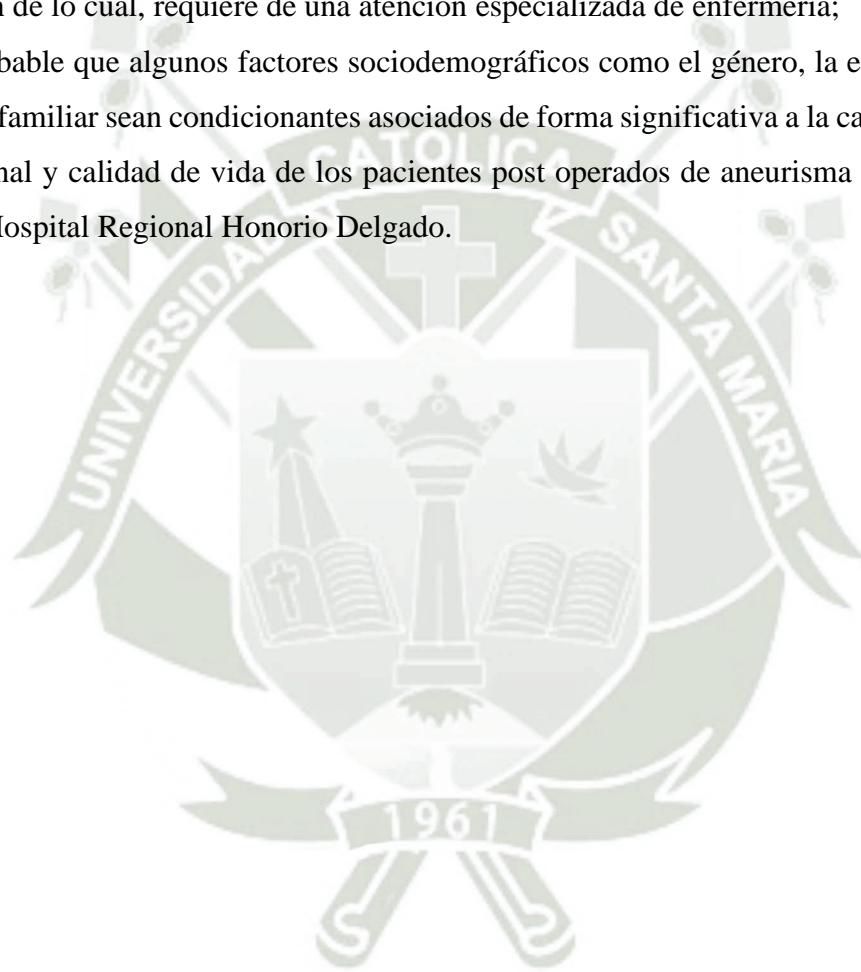
Se realizó una búsqueda exhaustiva de antecedentes en los repositorios

de las Universidades locales, y no se encontró ningún estudio actual similar semejante al presente.

4. HIPÓTESIS

Dado que la ruptura de un aneurisma cerebral es un evento catastrófico que casi siempre surge de manera imprevista y se asocia a alta mortalidad y complicaciones, a razón de lo cual, requiere de una atención especializada de enfermería;

Es probable que algunos factores sociodemográficos como el género, la edad y el apoyo familiar sean condicionantes asociados de forma significativa a la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en el Hospital Regional Honorio Delgado.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

1.1.TÉCNICA

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta en la modalidad de cuestionario.

1.2.INSTRUMENTOS

Para la variable independiente se utilizó como instrumento la **Ficha de Recolección de datos**, la misma que fue elaborada por las investigadoras, permitió recabar información referida a los factores sociodemográficos considerados para el estudio. Consta de 7 ítems, este instrumento no tiene puntaje, y tampoco requiere validación porque los datos solicitados son variables conocidas.

Para las variables dependientes se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala de Valoración Índice de Barthel: es un instrumento que fue diseñado en 1955 por los doctores Mahoney y Barthel en un nosocomio para pacientes críticos de Estados Unidos (57). Con el objetivo de evaluar el nivel de independencia del convaleciente en relación con la ejecución de ciertas acciones cotidianas de la vida. Siendo 10 las actividades básicas según el índice de Barthel, a su vez también evaluó las dimensiones de arreglo personal, eliminación, transferencia (traslado cama/sillón), deambulación y alimentación. Donde estos índices ayudan a establecer el nivel de dependencia de la persona, ya sea dependencia absoluta, grave, moderada, o leve (independencia) (56). Este instrumento posee alta confiabilidad valorada mediante el Coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.92. La valoración de la escala es de cero a cien puntos con intermedios de cinco puntos según la versión original, donde si el paciente obtiene una puntuación cercana a cero, este indicaría la dependencia aún de cuidados especiales por parte de un personal de salud, caso contrario sucede cuando se obtiene una puntuación cercana a 100 (persona independiente). La interpretación de la escala recomendada por Shah (56) es:

0 – 20: Dependencia total

21 – 60: Dependencia grave

61 – 90: Dependencia moderada

91 – 99: Dependencia leve

100: Independencia

Cuestionario de Calidad de Vida SF36 V2: Este cuestionario fue realizado por expertos de la Organización Mundial de la Salud, citados por Cadarso y cols (58), y consiste en 36 ítems, los cuales en base a 2 indicadores evalúan las ocho áreas de la calidad de vida (CV) y resumen en la escala los componentes mentales y físicos. A continuación, los indicadores del cuestionario de vida:

- a. Funcionamiento físico (FF): valora la restricción de las acciones o actividades físicas como efecto de la enfermedad.
- b. Rol físico (RF): en base a las acciones de la vida cotidiana y el trabajo, valora como afecta y repercute la salud física en ellas.
- c. Dolor corporal (DC): evalúa como el dolor vinculado a una enfermedad

influye en las limitaciones del paciente.

- d. Salud general (SG): valora como el paciente se autopercibe con respecto a su salud, y el peligro de que esta empeorarse
- e. Vitalidad (VT): Valora el nivel de agotamiento de la persona.
- f. Funcionamiento social (FS): valora como los problemas emocionales como físicos obstaculizan las acciones sociales comunes.
- g. Rol emocional (RE): valora el nivel de impacto entre las acciones de la vida cotidiana con las dificultades emocionales del trabajo.
- h. Salud mental (SM): esta escala considera las emociones y sentimientos (feliz, triste, deprimido, etc.), es decir valora el estado de ánimo del paciente.
- i. Resumen del componente físico (RCF): conjunta el total de dimensiones de los constituyentes físicos de la SF-36V2: FF, RF, DC y SG.
- j. Resumen del componente mental (RCM): conjunto los constituyentes mentales de la FS- 36V2: VT, FS, RE y SM.

Según la ficha de recolección, los indicadores de la SF-36V2 presentan un valor de cero a cien, donde 0 es el peor puntaje, y 100 lo contrario, la interpretación de los posibles valores obtenidos es (58):

- Mala calidad de vida: 0 – 34 puntos
- Regular calidad de vida: 35 – 68 puntos
- Buena calidad de vida: 69 – 100 puntos

Teniendo en cuenta que, si existe una disimilitud entre RCF y RCM > 3 puntos, afectara el valor de calidad de vida (58, 59).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado, el que está ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión 506 en distrito de Arequipa, en la provincia y

departamento de Arequipa. El Hospital es un establecimiento de referencia de la macrorregión sur, el estudio se llevó a cabo más específicamente en el Servicio de Neurocirugía, que está ubicado en el quinto piso del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2.Ubicación temporal

El estudio se realizó durante los meses de febrero a Julio del año 2022.

2.3.Universo y muestra

2.3.1. Universo

Estuvo conformado por los pacientes que habían sido intervenidos por aneurisma cerebral, durante el año 2020 a 2022 y que posteriormente acudían a sus controles a la consulta externa del Servicio de Neurocirugía, los que son 50 pacientes. Se trabajó con el total de pacientes que acudían a sus controles durante el lapso de un mes y que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes desde los 18 años a más, de ambos sexos, que habían sido intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa por presentar aneurisma cerebral.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que se encontraban en adecuado estado de conciencia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con secuelas neurológicas graves.
- Pacientes que presentaban dificultades en el habla o en la visión de manera que estén impedidos de resolver los instrumentos.
- Pacientes en estado de coma o de muerte cerebral.

La muestra de estudio estuvo conformada por 50 pacientes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- El proyecto fue presentado a la Facultad de Enfermería para su revisión y posterior calificación y aprobación por el Jurado Dictaminador. Se realizaron las coordinaciones necesarias con el Director del Hospital para que nos autorizaran a ejecutar el trabajo de investigación. También se coordinó con la jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neurocirugía para que nos brinden las facilidades para la utilidad de los instrumentos.
- Para realizar la recolección de datos, las investigadoras acudieron diariamente a los Consultorios Externos del Servicio de Neurocirugía e identificaron a los pacientes que acudían a sus controles médicos según el cumplimiento de los criterios de inserción se les solicitó su participación en el estudio. Se trabajó la recolección de datos durante 30 días.
- Durante la recolección de datos se presentaron algunas limitaciones como son la dificultad para acceder al hospital debido a la pandemia COVID 19 y debido a ello los pacientes acudían a la consulta externa en el Centro de Salud Pedro P. Díaz, de la Universidad Nacional de San Agustín, en el cual el acceso también estaba restringido por la pandemia. También se presentó el recelo de los familiares de los pacientes por miedo al contagio de la COVID – 19.
- Una vez concluida la ejecución de la investigación, en el Software Excel se elaboró una base de datos, para luego tabular los instrumentos, sucesivamente utilizando el Software Estadístico SPSS se desarrolló un análisis estadístico de los resultados, posteriormente se utilizó la prueba Chi cuadrado para determinar la significancia de las variables de estudio. Los resultados obtenidos serán expuestos en tablas estadísticas.

3.2. Recursos

Humanos:

Las investigadoras:

Srta. Bachiller Marcelo Mena Vanessa Flor de
María Srta. Bachiller Villanueva Aguirre
Maryori Brigitte.

Asesora:

Rosemary Zapana Begazo

Institucionales:


Universidad Católica de Santa María: Facultad de
Enfermería. Hospital Regional Honorio Delgado de
Arequipa.

Materiales:

Instrumentos, material de escritorio, computadora, insumos de
computadora, paquete estadístico.

Financieros:

Recursos propios.



CAPÍTULO III
3. RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1.

PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN EDAD. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022

EDAD (años)	No	%
Edad (años):		
18 – 29	4	8,00
30 – 59	35	70,00
60 a más	11	22,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, la edad de los pacientes estuvo abarcada entre los 30 a 59 años en el 70%, el 22% fueron adultos mayores, es decir, que tenían de 60 años a más y el 8% eran jóvenes de entre 18 a 29 años.

De lo que se infiere que las edades de casi tres cuartas partes de pacientes que sufren de ruptura de aneurisma cerebral están entre la tercera y quinta década de vida.

TABLA N° 2.

**PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN
SEXO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022**

GÉNERO	No	%
Femenino	26	52,00
Masculino	24	48,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se encontró un ligero predominio del género femenino, que representó al 52% de la muestra y el 48% fueron de género masculino.

De lo que se infiere que más de la mitad de pacientes son mujeres.

TABLA N° 3.

**PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN
PROCEDENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022**

PROCEDENCIA	No	%
Arequipa	29	58,00
Puno	8	16,00
Cusco	6	12,00
Moquegua	5	10,00
Tacna	2	4,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa que el 58% de pacientes proceden de Arequipa, 16% de Puno, 12% de Cusco, 10% de Moquegua y el 4% de Tacna, esto se debe a que el Hospital Regional Honorio Delgado, es establecimiento de referencia de la macrorregión sur, por ello, que los pacientes que presentan patologías graves como el aneurisma cerebral son referidos para su atención a nuestro hospital.

TABLA N° 4.

**PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN
NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO. 2022**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	No	%
Ninguno	5	10,00
Primaria	13	26,00
Secundaria	24	48,00
Superior	8	16,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa que el nivel de instrucción predominante fue secundario en 48%, luego primaria en 26%, superior en 16% y ninguno en 10%.

De lo que se deduce que la mayoría de pacientes tienen instrucción secundaria, por lo que se puede asumir que la enfermedad afecta el desarrollo de su proyecto de vida en la dimensión educativa.

TABLA N° 5.

**PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL SEGÚN
OCUPACIÓN. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022**

OCUPACIÓN	No	%
Independiente	20	40,00
Comerciante	12	24,00
Ama de casa	9	18,00
Obrero	3	6,00
Estudiante	3	5,00
Empleado	2	4,00
Jubilado	1	2,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

En cuanto a la ocupación de los pacientes, se encontró que el 40% son trabajadores independientes, el 24% comerciantes, el 18% son amas de casa, el 6% son obreros, 5% estudiantes, empleados el 4% y jubilados el 2%.

De lo que se puede inferir que la mayoría de pacientes al verse imposibilitados de trabajar tienen grave afectación económica y laboral.

TABLA N° 6.
PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL
SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO.
2022

SITUACIÓN CONYUGAL	No	%
Soltero	10	20,00
Casado	17	34,00
Conviviente	14	28,00
Viudo	5	10,00
Separado	4	8,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa que la situación conyugal del 34% de pacientes es casada, el 28% son convivientes, el 20% solteros, 10% viudos y separados el 8%.

De lo que se infiere que la mayoría de pacientes son casados o convivientes.

TABLA N° 7.
PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL
SEGÚN APOYO FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO. 2022

APOYO FAMILIAR PARA LA RECUPERACIÓN Y/O REHABILITACIÓN	No	%
Si	44	88,00
No	6	12,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa que el 88% de pacientes sí recibe apoyo familiar para su recuperación y/o rehabilitación, mientras que el 12% no recibe apoyo.

De lo que se infiere, que siendo la mayoría de pacientes personas casadas o convivientes, sí reciben apoyo de la familia en el proceso de recuperación.

TABLA N° 8

**PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL
SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO.**

2022

CAPACIDAD FUNCIONAL	Nº	%
Dependencia total	3	6,00
Dependencia grave	17	34,00
Dependencia moderada	25	50,00
Dependencia leve	2	4,00
Independencia	3	6,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa que, la capacidad funcional de los pacientes es de dependencia moderada en 50%, el 34% tiene dependencia grave, 6% dependencia total, el 4% tiene dependencia leve y el 6% son independientes.

Por tanto, se deduce que, el 90% de pacientes que han presentado aneurisma cerebral presentan dependencia en grado moderada, grave e incluso total.

TABLA N° 9

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DIMENSIONES DE LA
CALIDAD DE VIDA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO. 2022**

Dimensiones	Valor mínimo	Valor máximo	Media	DE ±
Funcionamiento físico	10	30	21	± 6,18
Rol físico	4	18	10,74	± 3,74
Dolor corporal	2	10	5,88	± 1,68
Salud general	8	25	16,62	± 2,99
Vitalidad	8	15	11,58	± 1,58
Funcionamiento social	2	8	5,46	± 1,21
Rol emocional	3	15	8,44	± 2,74

				7
Salud mental	10	20	1 4 , 1 8	± 2 , 0 1

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, las dimensiones en las que los pacientes presentan medias de puntajes más altos son funcionamiento físico, salud general, salud mental, vitalidad y rol físico, mientras que los puntajes más bajos se encontraron en las dimensiones de dolor corporal, rol emocional y funcionamiento social.

De lo que se deduce que en la mayoría de dimensiones de la calidad de vida los pacientes presentan medias de puntaje que corresponden a la categoría de buena calidad de vida.

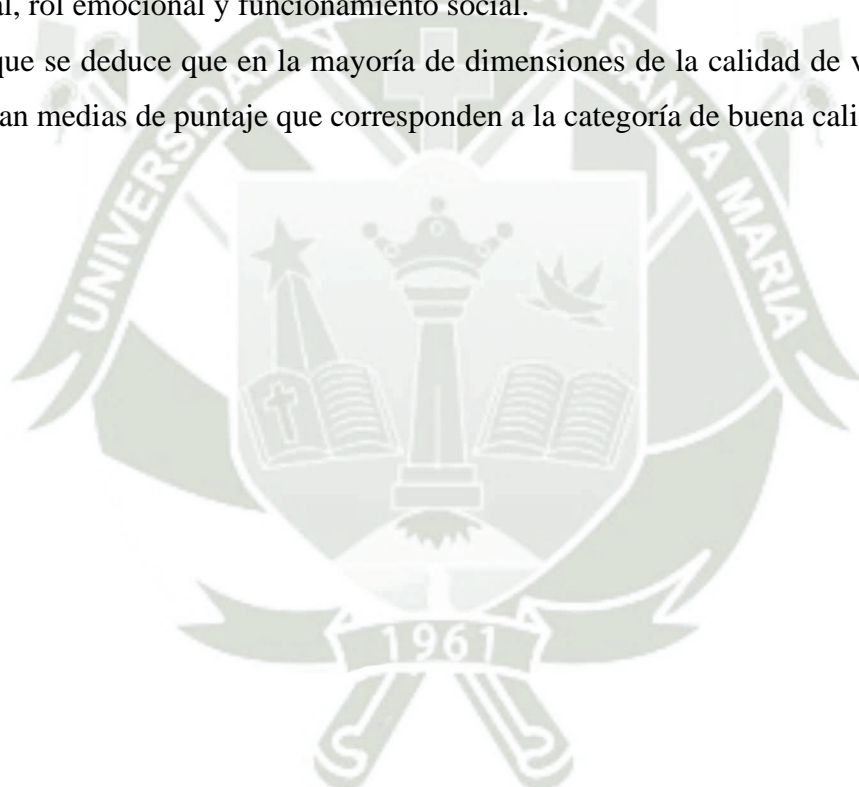


TABLA N° 10

**PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL
SEGÚN CALIDAD DE VIDA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO. 2022**

CALIDAD DE VIDA	No	%
Mala	0	0,00
Regular	14	28,00
Buena	36	72,00
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa en la tabla, que el 72% de pacientes tienen buena calidad de vida, el 28% tienen calidad de vida regular y ninguno tiene calidad de vida mala.

De lo que se infiere que la mayoría de pacientes tienen buena calidad de vida.

TABLA N° 11

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES
POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CAPACIDAD FUNCIONAL											TOTAL	X ₂	P	
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Independencia						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº				%
Edad (años):															
18 – 29	0	0,00	1	25,00	3	75,00	0	0,00	0	0,00	4	100			
30 – 59	1	2,86	14	40,00	16	45,71	2	5,71	2	5,71	35	100	0,0130	0,08	
60 a más	2	18,18	2	18,18	6	54,55	0	0,00	1	9,09	11	100			
Género:															
Femenino	2	7,69	8	30,77	15	57,69	0	0,00	1	3,85	26	100	0,0534	0,20	
Masculino	1	4,17	9	37,50	10	41,67	2	8,33	2	8,33	24	100			
Procedencia:															
Arequipa	1	3,45	12	41,38	12	41,38	2	6,90	2	6,90	29	100	0,6705	0,14	
Puno y Cusco	0	0,00	4	28,57	10	71,43	0	0,00	0	0,00	14	100			
Moquegua y Tacna	2	28,57	1	0,00	3	60,00	0	0,00	1	14,29	7	100			

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, los pacientes con edades comprendidas entre los 18 a 29 años, tienen en 75% de casos dependencia moderada y en 25% dependencia grave; los adultos de 30 a 59 años tienen en el 45,71% dependencia moderada, en 40% dependencia grave, mientras que los adultos mayores, tienen en el 54,55% dependencia moderada, en 18,18% dependencia grave, en 18,18% dependencia total. Según la Prueba de Chi cuadrado, la edad no es un factor condicionante del grado de dependencia.

En los pacientes de género femenino se encontró que, el 57,69% tiene dependencia moderada, el 30,77% dependencia grave y 7,69% dependencia total, mientras que, en los varones, el 41,67% tiene dependencia moderada, 37,50% dependencia grave, 8,33% dependencia leve, 8,33% son independientes y el 4,17% tienen dependencia total. Según la Prueba de Chi cuadrado, el género no es un factor condicionante del grado de dependencia.

En cuanto a la procedencia, en el caso de los pacientes de Arequipa, el 41,38% tiene dependencia moderada, el 41,38% dependencia grave; en los pacientes que proceden de Puno y Cusco, el 71,43% tienen dependencia moderada y 28,57% grave; en los pacientes de Moquegua y Tacna, el 60% tienen dependencia moderada, el 28,57% dependencia total y el 14,29% son independientes. Según la prueba de Chi cuadrado, la procedencia no es un factor condicionante del grado de dependencia.

TABLA N° 12

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES
POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CAPACIDAD FUNCIONAL										TOTAL	X ₂	P	
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Independencia					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				Nº
Nivel de instrucción:														
Ninguno	0	0,00	1	20,00	4	80,00	0	0,00	0	0,00	5	100	0,0145	0,14
Primaria	1	7,69	5	38,47	3	23,08	2	15,38	2	15,38	13	100		
Secundaria	0	0,00	10	41,67	14	58,33	0	0,00	0	0,00	24	100		
Superior	2	25,00	1	12,50	4	50,00	0	0,00	1	12,50	8	100		
Ocupación:														
Independiente - Comerciante	1	3,12	14	43,75	13	40,62	2	6,25	2	6,25	32	100	0,2924	0,08
Ama de casa - Jubilado	1	11,11	2	22,22	7	77,77	0	0,00	0	0,00	9	100		
Obrero	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	0	0,00	3	100		
Estudiante	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	3	100		
Empleado	0	0,00	1	50,00	1	50,0	0	0,00	0	0,00	2	100		

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

El nivel de instrucción tampoco es un factor condicionante del grado de dependencia, en los pacientes que no tenían ninguna instrucción, el 80% tienen dependencia moderada y 20% grave; en los pacientes con instrucción primaria, el 38,47% tienen dependencia grave, 23,08% moderada, 15,38% dependencia leve, 15,38% son independientes y el 7,69% tienen dependencia total. En los pacientes con instrucción secundaria, el 58,33% tienen dependencia moderada y el 41,67% dependencia grave. En los pacientes con instrucción superior se encontró que el 50% tienen dependencia moderada, el 25% son dependientes totales, 12,50% tienen dependencia grave y 12,50% son independientes.

La ocupación no es un factor condicionante del grado de dependencia, en los trabajadores independientes - comerciantes, se halló que el 40,62% tiene dependencia moderada y el 43,75% grave. En las amas de casa y jubilados, el 77,77% tiene dependencia moderada, el 22,22% grave y el 11,11% dependencia total. El 100% de obreros tienen dependencia moderada; en los estudiantes se observó que el 33,33% tiene dependencia total, el 33,33% moderada y el 33,33% son independientes. En los empleados se encontró que el 50% tienen dependencia grave y 50% moderada; el 100% de jubilados tienen dependencia moderada.

TABLA N° 13

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES
POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CAPACIDAD FUNCIONAL										TOTAL	X ₂	P	
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Independencia					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				Nº
Situación conyugal:														
Soltero	0	0,00	3	30,00	6	60,00	0	0,00	1	10,00	10	100	0,9055	0,12
Casado	1	5,88	8	47,06	5	29,41	2	11,76	1	5,88	17	100		
Conviviente	0	0,00	5	35,71	9	64,29	0	0,00	0	0,00	14	100		
Viudo	1	20,00	1	20,00	3	60,00	0	0,00	0	0,00	5	100		
Separado	1	25,00	0	0,00	2	50,00	0	0,00	1	25,00	4	100		
Apoyo familiar para recuperación y/o rehabilitación														
Si	2	4,55	16	36,36	22	50,00	2	4,55	2	4,55	44	100	0,1263	0,064
No	1	16,67	1	16,67	3	50,00	0	0,00	1	16,67	6	100		

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

La situación conyugal tampoco condiciona el grado de dependencia de los pacientes, habiéndose encontrado que las personas solteras tienen dependencia moderada en 60%, grave en 30% e independencia en 10%. Los casados tienen dependencia grave en 47,06%, moderada en 29,41%, leve en 11,76%, en 5,88% la dependencia es total y el 5,88% son independientes. En los pacientes convivientes, el 64,29% tienen dependencia moderada y el 35,71% dependencia grave. En los viudos destaca la dependencia moderada en 60%, grave en 20% y total en 20%. En los pacientes separados, el 50% tienen dependencia moderada, el 25% tienen dependencia grave y el 25% son independientes.

Según la Prueba de Chi cuadrado, el apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación no es un condicionante del grado de dependencia, en los pacientes que sí reciben apoyo, se encontró que el 50% tienen dependencia moderada, el 36,36% dependencia grave, el 4,55% dependencia total, 4,55% dependencia leve y el 4,55% son independientes, mientras que en los pacientes que no reciben apoyo familiar, el 50% tienen dependencia moderada, el 16,67% tienen dependencia total, 16,67% dependencia grave y el 16,67% son independientes.

Por tanto, se puede deducir que ningún factor sociodemográfico influye de forma significativa en la capacidad funcional de los pacientes que han sufrido aneurisma cerebral.

TABLA N° 14.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CALIDAD DE VIDA				TOTAL		X ²	P
	Regular (14)		Buena (36)		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Edad (años):								
18 – 29	0	0,00	4	100,00	4	100	6,7430	0,04
30 – 59	12	34,29	23	65,71	35	100		
60 a más	2	18,18	9	81,82	11	100		
Género:								
Femenino	9	34,62	17	65,38	26	100	1,1758	0,100
Masculino	5	20,83	19	79,17	24	100		
Procedencia:								
Arequipa	6	20,69	23	79,31	29	100	1,8303	0,12
Puno - Cusco	2	14,28	12	85,71	14	100		
Moquegua - Tacna	6	85,71	1	14,29	7	100		

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, los pacientes con edades entre 18 a 29 años, el 100 % presenta una buena calidad de vida, entre los pacientes de 30 a 59 años, el 65,71 % tiene una buena calidad de vida y el 34,29% regular; mientras que los adultos mayores, el 81,82% presenta buena calidad de vida y en 18,18% una calidad de vida regular. Según la Prueba de Chi cuadrado, la edad es un factor que condiciona de manera significativa la calidad de vida de los pacientes ($p < 0,04$).

En los pacientes de género femenino se encontró que, el 65,38% tiene buena calidad de vida y el 34,62% calidad de vida regular, mientras que, en los varones, el 79,17% tiene buena calidad de vida y el 20,83% regular. Según la Prueba de Chi cuadrado, el género no es un factor condicionante de la calidad de vida.

En cuanto a la procedencia, en los pacientes de Arequipa, el 79,31% tiene buena calidad de vida y el 20,69% regular; en los pacientes que proceden de Puno y Cusco, el 85,71% tienen buena calidad de vida y 14,28% regular; en los pacientes de Moquegua - Tacna, el 85,71% tienen calidad de vida regular y el 14,29% buena. Según la prueba de Chi cuadrado, la procedencia no es un factor condicionante del nivel de calidad de vida.

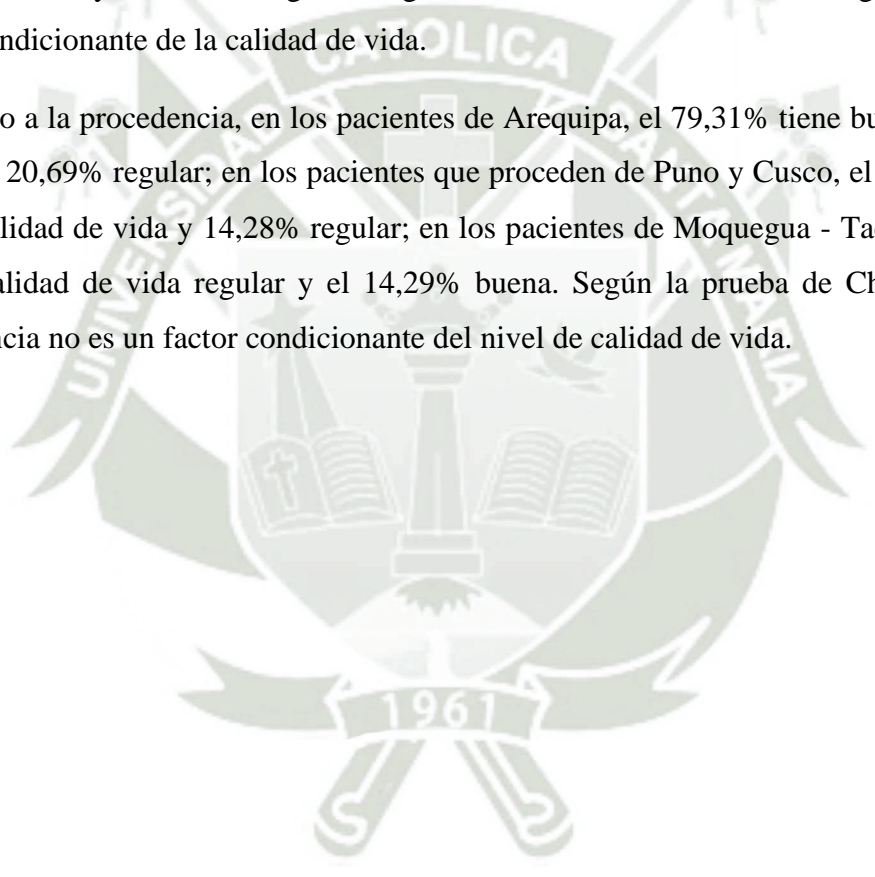


TABLA N° 15.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CALIDAD DE VIDA				TOTAL		X ²	P
	Regular (14)		Buena (36)		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Nivel de instrucción:								
Ninguno	0	0,00	5	100,00	5	100	4,6570	0,04
Primaria	4	30,77	9	69,23	13	100		
Secundaria	4	16,67	20	83,33	24	100		
Superior	6	75,00	2	25,00	8	100		
Ocupación:								
Independiente - Comerciante	7	15,00	25	85,00	32	100	5,8212	0,02
Ama de casa - Jubilado	4	40,00	6	60,00	10	100		
Obrero	0	0,00	3	100,00	3	100		
Estudiante	3	100,00	0	0,00	3	100		
Empleado	0	0,00	2	100,00	2	100		
Jubilado	0	0,00	1	100,00	1	100		

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

El nivel de instrucción es un factor condicionante de la calidad de vida, en los pacientes que no tenían ninguna instrucción, el 100% tienen buena calidad de vida; en los pacientes con instrucción primaria, el 69,23% tienen buena calidad de vida y el 30,77% regular. En los pacientes con instrucción secundaria, el 83,33% tienen buena calidad de vida y el 16,67% regular. En los pacientes con instrucción superior se encontró que el 75% tienen calidad de vida regular y el 25% tienen buena calidad de vida; esto puede deberse a que los pacientes con instrucción superior posiblemente tengan trabajos de mayor complejidad, que requieren mayor desempeño de las funciones cerebrales superiores como la memoria, cognición, aprendizaje, lenguaje y otras, que podrían verse más afectadas por la ruptura del aneurisma y por tanto, estas personas podrían tener mayor afectación para recuperar sus actividades laborales previas a la enfermedad, lo que afecta de forma negativa en su calidad de vida ($p = 0,04$).

La ocupación es un factor que condiciona de forma significativa la calidad de vida, en los trabajadores independientes, se halló que el 85% tiene buena calidad de vida y el 15% regular; en los comerciantes, el 66,67% tiene calidad de vida buena y el 33,33% regular. En las amas de casa, el 55,55% tiene buena calidad de vida y el 44,44% regular. El 100% de obreros tienen buena calidad de vida; en los estudiantes el 100% tiene calidad de vida regular, esto puede deberse, a que de acuerdo al compromiso cerebral o secuelas que se presentan luego de la enfermedad, los estudiantes pueden tener importante afectación en su proyecto de vida, muchos de ellos deben suspender sus estudios y son también el grupo ocupacional que mayor pérdida de la capacidad funcional presentan como se observó en la tabla precedente, por tanto, es lógico esperar que su afectación en la calidad de vida será mayor. En los empleados se encontró que el 100% tienen buena calidad de vida y en los jubilados, el 100% tienen buena calidad de vida ($p = 0,02$).

TABLA N° 16

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST OPERADOS DE ANEURISMA CEREBRAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2022

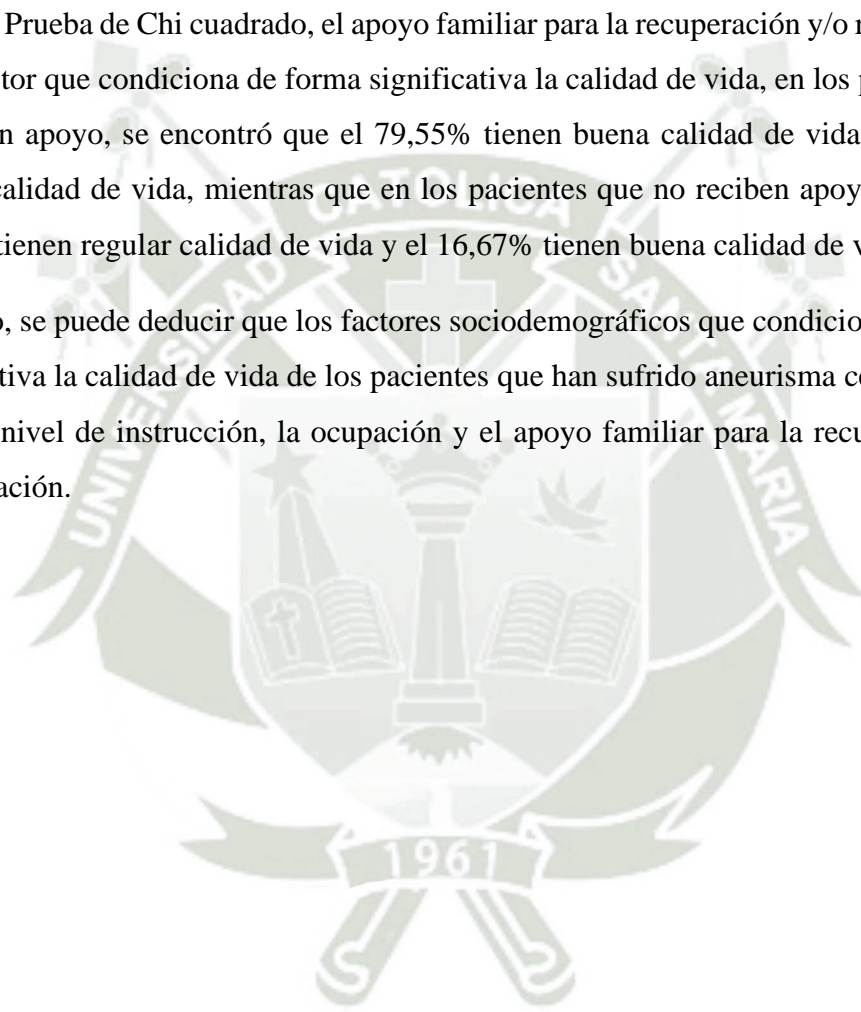
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CALIDAD DE VIDA				TOTAL		X ²	P
	Regular (14)		Buena (36)					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Situación conyugal:								
Soltero	0	0,00	10	100,00	10	100	0,1947	0,12
Casado	5	29,41	12	70,59	17	100		
Conviviente	3	21,43	11	78,57	14	100		
Viudo	2	40,00	3	60,00	5	100		
Separado	4	100,00	0	0,00	4	100		
Apoyo familiar para recuperación y/o rehabilitación								
Si	9	20,45	35	79,55	44	100	10,3550	0,02
No	5	83,33	1	16,67	6	100		

Fuente: Encuesta, Matriz de sistematización

La situación conyugal no es un factor que condiciona la calidad de vida de los pacientes, habiéndose encontrado que las personas solteras tienen en el 100% calidad de vida buena. Los casados tienen buena calidad de vida en 70,59% y regular en 29,41%. En los pacientes convivientes, el 78,57% tiene buena calidad de vida y el 21,43% regular. En los viudos el 60%, tiene buena calidad de vida y el 40% regular. En los pacientes separados, el 100% tiene regular calidad de vida.

Según la Prueba de Chi cuadrado, el apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación es un factor que condiciona de forma significativa la calidad de vida, en los pacientes que sí reciben apoyo, se encontró que el 79,55% tienen buena calidad de vida y el 20,45% regular calidad de vida, mientras que en los pacientes que no reciben apoyo familiar, el 83,33% tienen regular calidad de vida y el 16,67% tienen buena calidad de vida ($p < 0,02$).

Por tanto, se puede deducir que los factores sociodemográficos que condicionan de forma significativa la calidad de vida de los pacientes que han sufrido aneurisma cerebral son la edad, el nivel de instrucción, la ocupación y el apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación.



CONCLUSIONES

PRIMERA

Los factores sociodemográficos que caracterizan a los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado son: las edades están comprendidas entre los 30 a 59 años en el 70% de pacientes; el 52% son de sexo femenino; 58% proceden de Arequipa; el 48% tienen nivel de instrucción secundaria; la ocupación más frecuente fue independiente en 40%; el 34% son casados y 28% convivientes; el 88% de pacientes sí recibe apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación.

SEGUNDA

La capacidad funcional de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado es de dependencia moderada en el 50% y dependencia grave es un 34%.

TERCERA

La calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado es buena en el 72%.

CUARTA

Los factores sociodemográficos no son condicionantes de la capacidad funcional, a diferencia de la calidad de vida, donde se encontró que la edad, el nivel de instrucción, la ocupación y el apoyo familiar para la recuperación y/o rehabilitación son factores que condicionan de forma significativa la calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado ($p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

PRIMERA

A la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado, se sugiere que tenga en cuenta los resultados de la presente investigación a efectos de que se puedan tomar las medidas necesarias para que ante una eventual nueva ola de contagios de COVID – 19 o la posibilidad de aparición de nuevas variantes, que incrementen la demanda del hospital, se pueda seguir brindando la atención oportuna a los pacientes que presentan aneurismas cerebrales, garantizando la posibilidad de acceder al tratamiento quirúrgico temprano que el caso lo amerita, a la evaluación postquirúrgica y a los programas de rehabilitación.

SEGUNDA

A los médicos y enfermeros del Servicio de Neurocirugía del hospital, se sugiere que se realice un minucioso seguimiento de cada paciente a efectos de evaluar su capacidad funcional y afectaciones que tanto la enfermedad, sus secuelas y tratamientos pueden generar en la calidad de vida.

TERCERA

A la dirección del hospital, se sugiere implementar programas de rehabilitación neurológica y funcional dirigida a los pacientes que han presentado aneurismas cerebrales a efectos de poder promover su rehabilitación, evitar las secuelas y favorecer una pronta reinserción a las actividades diarias, trabajo y estudios.

CUARTA

A los profesionales de enfermería, se sugiere realizar programas educativos dirigidos a la comunidad en general acerca de los aneurismas cerebrales, a efectos de que las personas puedan reconocer de forma rápida los signos y síntomas compatibles con esta enfermedad, además de brindar los primeros auxilios de forma inmediata mientras se acude a un centro hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basso, Armando J. Neurocirugía: Aspectos Clínicos y Quirúrgicos, 2da. ed. Rosario Argentina: Corpus Libros Médicos y Científicos. 2017.
2. Roca U. Aneurismas Cerebrales. Perú. 2017.
3. Grasso G, and Perra G. Surgical management of ruptured small cerebral aneurysm: Outcome and surgical notes. *Surgical Neurology International*. 2015; 6:185.
4. DSouza S. Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage. *Journal Neurosurgery Anesthesiology*. 2015; 27 (39).
5. Asociación Americana del Corazón. Impacto de las enfermedades cerebrovasculares. *Circulation*. 2017; 149 (3): 32 – 36.
6. Oficina de Inteligencia Sanitaria y Estadística. Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” ESSALUD. estadísticas acerca de la incidencia de los aneurismas cerebrales. Lima, 2017.
7. Hospital Regional Honorio Delgado. Oficina de Estadística. Arequipa, 2021.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Definición de indicadores sociodemográficos. Lima, 2018. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1753/definiciones.pdf
9. Pérez R, Rodríguez E, Arias L, Rodríguez O. Panorama actual del aneurisma cerebral. *Revista Universidad Médica Pinareña*. 2018; 14(1): 77-88. [Fecha de acceso: 02 marzo, 2022] doi: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/>
10. Leitão F, Barbosa R, Diniz J, Araújo W, Marques M, Coutinho J. Perfil e capacidade funcional de pessoas longevas: revisão integrativa. *Rev. enferm. UERJ*, 2021; 29: e59737. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1353340>
11. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. [Fecha de acceso: 21 febrero, 2022] doi: <http://apps.who.int/iris/bitstream>
12. Marín P. Geriatria y Gerontología. 3ra ed. Santiago de Chile. Ediciones UC. 2017.
13. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz M, González Rodríguez R. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los

- instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos. 2017;28(4):184-8. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2022] doi: <http://scielo.isciii.es/scielo>.
14. Hirashiki A, Shimizu A, Suzuki N, Nomoto K, et al. Exercise Capacity and Frailty Are Associated with Cerebral White Matter Hyperintensity in Older Adults with Cardiovascular Disease. *Int Heart J.* 2022; 63(1): 77-84. [Fecha de acceso: 24 febrero, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-35095080>
 15. Paredes YV, Yarce E, Aguirre DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud.* 2018;16(1):114-128. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
 16. Moroni F, Ammirati E, Hainsworth AH, Camici PG. Association of White Matter Hyperintensities and Cardiovascular Disease: The Importance of Microcirculatory Disease. *Circ Cardiovasc Imaging* 2020; 13: e010460. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232175/>
 17. Veronese N, Siggeirsdottir K, Eiriksdottir G, et al. Frailty and Risk of Cardiovascular Diseases in Older Persons: The Age, Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study. *Rejuvenation Res* 2017; 20: 517-24. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: 10.1089/rej.2016.1905.
 18. Moon SY, de Souto Barreto P, Rolland Y, et al. Prospective associations between white matter hyperintensities and lower extremity function. *Neurology* 2018; 90: e1291-7. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: 10.1212/WNL.0000000000005289
 19. Perou Y, Faez M, San Miguel J, Diaz M. Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. *Rev Inf Cient.* 2016; 95(5):851-861. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/78/2221>
 20. Hazzard, W. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 3ra ed. Mc Graw Hill 2012.

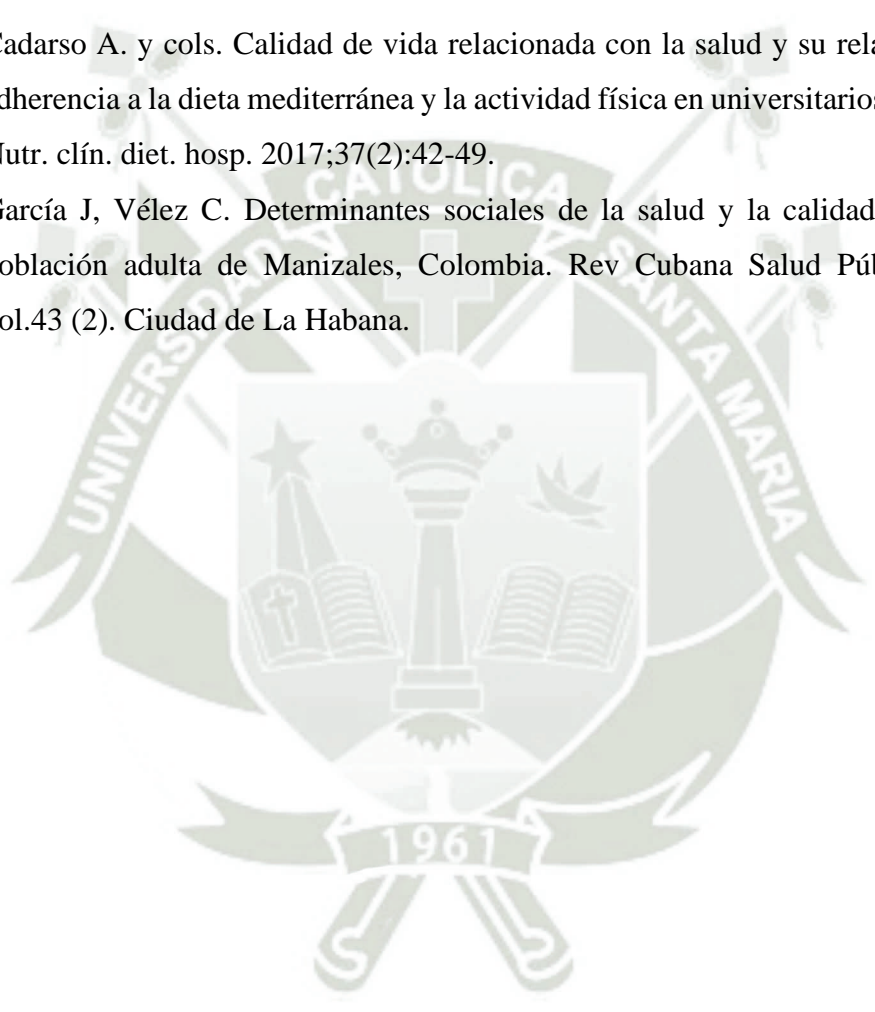
21. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995, 41, 1403–1409. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>
22. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper series on social determinants of health—paper 2. Geneva 2010. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: http://www.who.int/social_determinants.
23. Santos E, Magalhães A, Santos M, Correia S, Santos S, Carvalho, M, Souza A, Lima F, Fonseca A, Ferreira-Júnior C, Cavalcanti S, Costa G, Matos-Rocha J. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. *Braz. j. biol.* 2022; 84: e246463. [Fecha de acceso: 27 febrero, 2022] doi: <https://www.scielo.br/j/bjb/a/NfZzcbjmn8mzhY53sVGwN4x/?lang=en>
24. World Health Organization [WHO]. WHOQOL: measuring quality of life. 2018. [Fecha de acceso: 27 febrero, 2022] doi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
25. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. 2020. [Fecha de acceso: 27 febrero, 2022] doi: <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf> (2000).
26. Kang K, Gholizadeh L, Inglis SC, Han HR. Interventions that improve health-related quality of life in patients with myocardial infarction. *Qual Life Res.* 2016;25(11):2725–37. [Fecha de acceso: 27 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1401-8>.
27. Shiroiwa T, Fukuda T, Shimosuma K, et al. Long-term health status as measured by EQ-5D among patients with metastatic breast cancer: comparison of first-line oral S-1 and taxane therapies in the randomized phase III SELECT BC trial. *Qual Life Res.* 2017;26(2):445–53. [Fecha de acceso: 27 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1388-1>.
28. Ortega-Gómez E, Vicente-Galindo P, Martín-Rodero H, Galindo-Villardón P. Detection of response shift in health-related quality of life studies: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2022; 20(1): 20. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-022-01926-w>

29. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into healthrelated quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med.*1999;48(11):1507–15. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00045-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00045-3)
30. Rapkin BD, Schwartz CE. Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: implications of findings from studies of response shift. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2(14):66. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-14>
31. McPhail S, Haines T. Response shift, recall bias and their effect on measuring change in health-related quality of life amongst older hospital patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2018; 8:65. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-65>.
32. Crosby RD, Kolotkin RL, Williams GR. Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol.* 2003;56(5):395–407. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi:[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00044-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00044-1).
33. Kvam AK, Wislof F, Fayers PM. Minimal important differences and response shift in health-related quality of life; a longitudinal study in patients with multiple myeloma. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:79. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-79>.
34. Cuesta J, De la Fuente R, Vidriales R, Hernández C, Plaza M, Gonzáles J. Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. *INFAD Revista de Psicología, N°1 - Monográfico 3, 2017.* 0214-9877:33-44. [Fecha de acceso: 28 febrero, 2022] doi: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537003>.
35. Alonso J, Prieto L, Anto JM. The spanish version of the sf-36 health survey a measure of clinical outcomes. *Med Clinica.* 2020;104(20):771-6. [Fecha de acceso: 01 marzo, 2022] doi: <https://europepmc.org/article/med/7783470>
36. González FM, Baabel N, Romero L, Faican P. Quality of life in postmenopausal women / Qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas. *Vive (El Alto).* 2021; 4(10): 35-43. [Fecha de acceso: 01 marzo, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1292656>
37. Lopera J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25 (2): 693 – 702. [Fecha de acceso: 01 marzo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>

38. Nicolás C, Mondragón M, Calderón J, Melo G. Manejo bimodal de aneurismas asociados a malformaciones arteriovenosas cerebrales. Reporte de caso y breve revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2020; 88(Suppl 2): 79-83. [Fecha de acceso: 01 marzo, 2022] doi: http://www.cirurgiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=417
39. Ruiz JA, Villarreal CA, Arévalo IM, Cornejo PM. Caracterización demográfica y epidemiológica de aneurismas intracraneales en un hospital de Quito, Ecuador. *Cambios. rev. méd.* 2018;17(2):59-64. [Fecha de acceso: 01 marzo, 2022] doi: <https://doi.org/10.36015/cambios.v17.n2.2018.305>
40. Brinjikji W, Chung BJ, Jiménez C, Putman C, Cebral JR. Hemodynamic differences between unstable and stable unruptured aneurysms independent of size and location: a pilot study. *J Neurointerv Surg.* 2017;9(4):376-380. [Fecha de acceso: 01 marzo, 2022] doi: 10.1136/neurintsurg-2016-012327.
41. Mata S, Pecina M. Cuidado enfermero en paciente posoperado de clipaje de aneurisma. *Rev. enferm. Neurol.* 2018; 17(3): 11-22. [Fecha de acceso: 02 marzo, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1047203>
42. Tulamo R, Niemela M. Smoking and Cerebral Aneurysms—Potential Pathobiologic Mechanisms. *World Neurosurgery.* 2018; 82(1-2): e79-e80. [Fecha de acceso: 02 marzo, 2022] doi: <https://www.clinicalkey.es/#>
43. Songping Z, Anping S, Hong S, Chao Y. The association between interleukin-6 gene polymorphisms and intracranial aneurysms: A meta-analysis. *Human Immunology.* 2018; 74(12): 1679-1683. [Fecha de acceso: 02 marzo, 2022] doi: <https://www.clinicalkey.es/>
44. Duarte-Pineda A, Sabillón N. Aneurismas. Revisión Bibliográfica. *Rev. cienc. forenses Honduras.* 2017; 3(1): 18-27. [Fecha de acceso: 02 marzo, 2022] doi: <http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2017/pdf/RCFH3-2-2017-7.pdf>
45. Mata-Delgado H, Pecina-Leyva M. Paciente posoperado de clipaje de aneurisma. *Rev Enfer Neurol* 2018;17(3): 11-22. [Fecha de acceso: 02 marzo, 2022] doi: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/267/273>
46. Lagoa A, López-Cuevas A, Tembl J, Fortea G, Górriz D, Aparici F, Parkhutika V. Tendencias en el tratamiento de los aneurismas cerebrales: análisis de una serie hospitalaria. *Neurología.* 2017; 32 (6): 371 – 376. [Fecha de acceso: 04 marzo, 2022] doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.011>

47. Mantilla D, Sotomayor A, Ochoa M. Evaluación del pronóstico y complicaciones del tratamiento, según el tamaño de los aneurismas intracraneales de los pacientes que debutan con hemorragia subaracnoidea en la clínica FOSCAL en el periodo de enero de 2014 a marzo de 2019. Universidad Nacional de Barranca. Barranca, 2021. [Fecha de acceso: 04 marzo, 2022] doi: <https://repository.unab.edu.co/bitstream/>
48. Castillo-García K, García-Rosas E, Cheverría-Rivera S. Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. *Enferm. Univ.* 2019; 16(1): 105-116. [Fecha de acceso: 04 marzo, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1001928>
49. Manual CTO. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. En Oposiciones de enfermería. 2018. [Fecha de acceso: 04 marzo, 2022] doi: <https://www.berri.es>
50. Aboukais R. et al. Impact of COVID-19 pandemic on patients with intracranial aneurysm rupture. *Clin Neurol Neurosurg*; 201: 106425, 2021 02. [Fecha de acceso: 17 agosto, 2020] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33340837>
51. Xu J, Wu J, Yan H. Application of inter-professional care model in patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *J Nurs Manag.* 2020; 28(4): 797-803. [Fecha de acceso: 17 agosto, 2020] doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12993>
52. Valverde M, Mora M, Calderón M, Sarmiento M. Aneurisma cerebral: intervención quirúrgica de microstent, indicaciones y resultados. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento.* 2019; 3 (1): 259-286.
53. Del Castillo S. Cuidados de enfermería en pacientes posoperados de clipaje de aneurisma cerebral del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2020. [Trabajo Académico]. Universidad Nacional del Callao. Callao, 2020. [Fecha de acceso: 17 agosto, 2020] doi: <http://repositorio.unac.edu.pe/>
54. Posadas L. Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2016. [Tesis]. Universidad Ricardo Palma. Lima, 2018.

55. Coasaca J. Complicaciones por rotura de aneurismas cerebrales en pacientes operados Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2006 – 2014. [Tesis]. Universidad San Martín de Porres. Lima, 2016.
56. Shah S. Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.
57. Cid J., Damián J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev. Esn Salud Pública* 1997. 71: 177-137.
58. Cadarso A. y cols. Calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la adherencia a la dieta mediterránea y la actividad física en universitarios de Galicia. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2017;37(2):42-49.
59. García J, Vélez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Rev Cubana Salud Pública*, 2017; vol.43 (2). Ciudad de La Habana.





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____,

Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación, conducido por las señoritas: MARCELO MENA, VANESSA FLOR DE MARÍA y VILLANUEVA AGUIRRE, MARYORI BRIGITTE señalo que hemos sido informados que el objetivo de este estudio es determinar los factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia en el Hospital Regional Honorio Delgado.

He comprendido las explicaciones facilitadas acerca de los instrumentos que debo responder y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio de Investigación: **Factores sociodemográficos condicionantes de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post operados de aneurisma cerebral en tiempos de pandemia. Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, 2021**, contestando las preguntas de los cuestionarios considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa... de setiembre del 2021.

Nombre

: DNI

ANEXO 2
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad.....

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Procedencia: Arequipa Cusco Puno Tacna Moquegua

Otros.....

4. Nivel de instrucción: Ninguno Primaria Secundaria Superior

5. Ocupación: Empleado Obrero Comerciante Independiente

Jubilado Ama de casa Estudiante

6. Situación conyugal: Soltero Casado Conviviente Viudo

Separado

7. Recibe apoyo familiar para su recuperación y/o rehabilitación: Si No

ANEXO 3

INDICE DE BARTHEL

Actividades Básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente dependiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente : entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse , atarse los zapatos.	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse la sonda si tiene una puesta.	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar la sonda.	5
	- Incontinencia	0

Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa. - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo. - Dependiente. 	10
		5
		0
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo. - Dependiente 	15
		10
		5
		0
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente , camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m. - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente. 	15
		10
		5
		0
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda o supervisión para hacerlo - Dependiente 	10
		5
		0
	TOTAL	

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36 V2

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, escriba la mejor respuesta posible. No deje preguntas sin responder. 1.- En general, diría Ud. que su Salud es:

Excelente () Muy buena () Buena () Regular () Mala ()

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, Como diría Ud. que en general, está su Salud ahora?

Mucho mejor () Algo mejor () Igual () Algo peor () Peor ()

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Sí, muy limitada	Sí, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.			
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la escoba, caminar más de 1 hora			
c) Levantar o cargar la bolsa de las compras			
d) Subir varios pisos por las escaleras			
e) Subir un solo piso por la escalera.			
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
h) Caminar varias cuadras.			
i) Caminar una sola cuadra.			
j) Bañarse o vestirse.			

4.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de su salud física?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad					
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.					
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.					
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales (sentirse deprimido o con ansiedad)?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					

Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					
Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					

6. Durante el último mes, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera () Un poco ()

Moderadamente () Bastante ()

Mucho ()

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último

mes? Ninguno () Muy poco () Leve ()

Moderado () Severo () Muy severo ()

8.- Durante el último mes ¿Hasta qué punto el dolor ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera () Un poco () Moderadamente ()

Bastante () Mucho ()

9.- Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuanto tiempo durante el último mes:

Actividades	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?					
Estuvo muy nervioso?					
Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
Se sintió tranquilo y calmado?					

Se sintió con mucha energía?					
Se sintió desanimado y triste?					
Se sintió agotado?					
Se ha sentido una persona feliz?					
Se sintió cansado?					

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

Siempre () La mayor parte del tiempo () Algunas veces ()

Pocas veces () Nunca ()

11. Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
Estoy tan saludable Como cualquier persona.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					