

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CENTRO UNIVERSITARIO DE BAYAMÓN
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**ROL DEL MANEJADOR DE CASO EN LA DECISIÓN DE LA
REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE ADULTO LUEGO DE UNA
ANEURISMA**

Kaelyne Burgos Del Valle

Marzo, 2013

RESUMEN

Estudio desarrollado responde a uno de naturaleza positivista, es cuantitativo de tipo descriptivo correlacional. El propósito de la investigación es poder determinar la importancia del rol del manejador de caso, en apoyo y toma de decisiones con el paciente con aneurisma. Los datos fueron recopilados por un cuestionario desarrollado por la investigadora. El estudio estuvo compuesto de una muestra de 11 participantes que laboran como manejadores de caso en una institución hospitalaria en San Juan, Puerto Rico. El 82% de los participantes eran féminas con 44 años de edad, casados(as) con bachillerato (91%) y 25 años de experiencia en la profesión de enfermería y 5 años como manejador de casos, y han trabajado con pacientes con aneurisma unos 10 años. El rol que más frecuente ha hecho el manejador de caso es Identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física y que la intervención del manejador(a) de caso en el tratamiento (transición) del paciente con aneurisma es muy importante. Se pudo comprobar que el rol del manejador de casos es aceptado y respetado por el terapeuta físico y por el médico de cabecera del paciente con aneurisma. El rol de manejador de caso permite que este paciente alcance su máximo potencial en su autocuidado. Los datos de este estudio confirman que el 94% de estos opinan que el rol del manejador de caso tiene un rol importante en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma. Se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa alta entre la variable rehabilitación física y el progreso en la condición del paciente con aneurisma con ($r= 0.70^* p<0.05$). La importancia del manejador de casos se evidencia cuando se señala que han podido identificar en ellos la necesidad de rehabilitación, de hecho, el 55% de los pacientes referido a este tipo de servicios ha disminuido la necesidad del uso de medicamentos y les ha ayudado en su proceso de recuperación y rehabilitación. Este es el logro más importante demostrado en este estudio, la existencia de plazas de manejadores de caso garantiza un servicio de rehabilitación apropiado al paciente que sufre de una aneurisma, lo que promueve el autocuidado del paciente y una mejor calidad de vida a un mejor costo.

DEDICATORIA

A Jesucristo, Dios Todo poderoso, por guiar cada paso que he dado en mi vida, ya que ha sido con la certeza de que el está a mi lado llenando mi corazón con la luz de tu espíritu y es por ello que he alcanzado cada meta propuesta. El lograr realizar mi maestría que siempre fue uno de mis mayores sueños. El cual se ha hecho realidad. A mi hijo querido Ezequiel Gómez Burgos fuiste centro de motivación e inspiración para luchar día a día en esta etapa en mi vida. A mi familia en muestra de mi agradecimiento por todo el apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias Dios el todo poderoso por haberme dado la salud, fuerzas, y fortaleza necesaria para llegar hasta este momento. A mi hijo Ezequiel Gómez Burgos por ser ejemplo de tolerancia, su consideración de espera por el poco tiempo brindado. A mis padres Dolores Del Valle y Santos Burgos Agosto por apoyarme con mi hijo sin ese apoyo reconozco que no hubiera podido sin su apoyo. A Luis Reyes Burgado que hoy en día es un gran amigo donde me apoyo en todo momento no importando las circunstancias siempre estuvo ahí. Mi gran amigo Orlando Segarra que fue oyente en mis momentos difíciles y también fue de gran apoyo, para recuperar esas energías que necesitaba para continuar. A mis compañeros donde nos apoyamos mutuamente en especial a Marilyn Oliveras que vimos juntas nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas. Finalmente a los Profesores, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, donde amplíe mis conocimientos profesionales y Clínicos. Muy agradecida con mi mentor el Prof. Josué Pacheco quien fue mi guía en la realización de la misma. También a los que me ayudaron en asesorías y dudas.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Secuelas neurológicas de pacientes con accidente cerebrovascular.....	21
Tabla 2. Parámetros de evaluación de la entrevista a pacientes con Accidente cerebrovascular.....	23
Tabla 3. Valores probables de validación de contenido de acuerdo con el número de jueces.....	59
Tabla 4. Características del Cuestionario evaluadas utilizando la técnica de Lawshe.....	62
Tabla 5. Rol del manejador(a) de caso de enfermería en la intervención con pacientes de aneurisma.....	75
Tabla 6. Por ciento de los profesionales de enfermería que opinan sobre la importancia del rol en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma.....	86
Tabla 7. Relación entre las variables rehabilitación física y progreso en su condición.....	86
Tabla 8. Por ciento de los profesionales de enfermería que opinan sobre la importancia de identificar cuando el paciente con aneurisma necesita el tratamiento de rehabilitación física en vez de un tratamiento farmacológico.....	87

Rol del manejador de caso...	7
------------------------------	---

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de los participantes por género.....	69
Gráfica 2. Distribución de los participantes por edad.....	70
Gráfica 3. Distribución de la muestra por estado civil de los participantes.....	71
Gráfica 4. Nivel de escolaridad de los participantes.....	71
Gráfica 5. Distribución de la muestra por años en la profesión de Enfermería.....	72
Gráfica 6. Distribución de la muestra por tiempo que lleva trabajando como manejador(a) de caso.....	73
Gráfica 7. Distribución de la muestra por tiempo que lleva trabajando con pacientes con aneurisma.....	74
Gráfica 8. Distribución de la muestra por concepto de para quien trabaja....	74
Gráfica 9. Distribución de la muestra por cuán importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación.....	77
Gráfica 10. Distribución de la muestra por como clasifica la efectividad del rol del manejador(a) de caso en enfermería en su institución.....	77
Gráfica 11. Distribución de la muestra por si es necesario un manejador(a) de caso en las instituciones hospitalarias.....	78
Gráfica 12. Distribución de la muestra por, de acuerdo a su percepción, de cuán importante o esencial es considerado el (la) manejador(a) de caso en en su institución por el equipo de salud.....	79

Gráfica 13. Distribución de la muestra de cuán importante es la intervención del manejador(a) de caso en el tratamiento (transición) del paciente con aneurisma..... 80

Gráfica 14. Distribución de la muestra de cuanto puede afectar al tratamiento del paciente la falta del rol del manejador(a) de caso de enfermería como parte del equipo interdisciplinario..... 80

Gráfica 15. Distribución de la muestra por ciento de pacientes que ha referido al terapeuta físico PMR (Physical Medicine Rehab) el manejador de caso y ha sido confirmado por el PMR la necesidad de esta terapia luego de evaluar el paciente con aneurisma..... 81

Gráfica 16. Distribución de la muestra por ciento de las recomendaciones hechas por el manejador de caso que han sido aceptadas por el médico del paciente para que se le ofrezca la terapia (PMR) a un paciente con aneurisma..... 82

Gráfica 17. Distribución de la muestra por ciento de pacientes que calificaron para PMR y que disminuyeron el uso de fármacos cuando estos sometieron al tratamiento de la terapia física..... 83

Gráfica 18. Distribución de la muestra de los pacientes que calificaron para recibir la terapia física y cuál por ciento de estos se han beneficiado de la misma y le ha ayudado en su recuperación/rehabilitación..... 84

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice de tablas.....	6
Índice de gráficas.....	7-8
 CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN	
Antecedentes.....	12-19
Planteamiento del problema.....	19-25
Justificación del problema.....	25-29
Marco teórico.....	29-32
Propósito del estudio.....	32-33
Objetivos de la investigación.....	33
Definiciones operacionales.....	33-34
Definiciones de conceptos.....	34-35
Resumen.....	35-36
 CAPÍTULO II - REVISIÓN DE LITERATURA	
Introducción.....	37
Literatura relacionada con el tema.....	37-45
Investigaciones relacionadas con el tema.....	46-52
Resumen.....	52-53
 CAPÍTULO III - METODOLOGÍA	
Introducción.....	54

Rol del manejador de caso...	10
Diseño.....	54-55
Población y muestra.....	55-56
Instrumento.....	56-58
Validez y confiabilidad del instrumento.....	58-59
Resultados de la Validación.....	60-63
Procedimiento.....	63-64
Protección de derechos humanos.....	65-66
Análisis estadístico.....	67-68
Resumen.....	68-69
CAPÍTULO IV - HALLAZGOS	
Introducción.....	69
Presentación de los datos sociodemográficos.....	69-84
Presentación de los resultados a base de los objetivos de la Investigación.....	85-88
Resumen.....	88-89
CAPÍTULO V - DISCUSIÓN	
Introducción.....	90
Análisis de los hallazgos.....	90-92
Análisis a base del marco conceptual.....	92-93
Conclusión.....	93-94
Implicaciones para enfermería.....	94-95
Limitaciones.....	95
Recomendaciones.....	95

Rol del manejador de caso...	11
REFERENCIAS	96-97
ANEJOS	98
Cuestionario.....	99-104
Consentimiento.....	105-109

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La aneurisma intracraneal es una dilatación localizada en la pared arterial. Aún cuando las catástrofes se han reconocido desde la antigüedad, una causa principal de esos eventos es relativamente reciente en la historia de la medicina. La primera descripción de esta se llevó en 1765 y se atribuye a Francisci Biumi, un médico milanés quien reportó un caso en el cual se identificó en la autopsia un aneurisma intracraneal roto. Sin embargo, la primera descripción clínica de la ruptura de un aneurisma fue por Blackwell, en 1813, en una mujer de 20 años de edad en donde la autopsia reveló un aneurisma de la bifurcación de la arteria basilar. En la segunda mitad del siglo XIX e inicios del siglo XX, la descripción clínica detallada se tornó más frecuente, incluyendo contribuciones notables por Gull, Bartholow, Beadles, y Fearnside (Asociación Estadounidense de Cirujanos Neurológicos/Congreso de Cirujanos Neurológicos, 2002).

En los últimos años se han producido interesantes mejoras en todos los aspectos relacionados con el tratamiento de los aneurismas. Por un lado, el diagnóstico precoz permite adelantar en casi una década su descubrimiento, evitando la rotura. Por otro, las técnicas ecográficas tienen una sensibilidad y especificidad muy altas, lo que posibilita detectar una enfermedad coronaria grave y tomar las medidas terapéuticas necesarias. Dicho todo esto, y teniendo en cuenta los altos porcentajes de rotura (y muerte), el tratamiento aconsejado

es el quirúrgico. Hay que tener muy en cuenta que si el riesgo de muerte por rotura es superior a la morbimortalidad asociada a la propia cirugía, el tratamiento aconsejado para un aneurisma es la cirugía. Se consideran factores negativos para los buenos resultados quirúrgicos la presencia de enfermedad cardíaca, aterosclerosis en otras zonas del cuerpo, hipertensión mal controlada, insuficiencia renal con creatinina superior a 3,5, enfisema o EPOC y obesidad mórbida (Asociación Estadounidense de Cirujanos Neurológicos/Congreso de Cirujanos Neurológicos, 2002).

Una vez el paciente se opera comienza el proceso de rehabilitación. La incapacitación producida por los accidentes cerebrovasculares es devastadora para el paciente y para su familia, pero se dispone de terapias que ayudan a rehabilitar a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular. Para la mayoría de los pacientes, la terapia física es la piedra angular del proceso de rehabilitación, aunque se combina con otras terapias de ser necesario. En el caso de la Terapia física (PT) su meta principal es que el paciente vuelva a aprender a caminar, sentarse, acostarse, y cambiar de un tipo de movimiento a otro. Mientras que la meta de la Terapia ocupacional (OT) es ayudar al paciente a volver a aprender a comer, beber, tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir, cuidado personal. A su vez, la Terapia del habla tiene como meta ayudar a que el paciente pueda volver a aprender el lenguaje y las destrezas de comunicación. Por último, la Terapia psicológica/psiquiátrica tiene como meta aliviar algunos problemas mentales y emocionales relacionados con las secuelas de la aneurisma. Se ha comprobado que a más temprana sea la evaluación de

la necesidad de las terapias rehabilitadoras del paciente post operado de aneurisma mejor será su pronóstico de recuperación e independencia (Asociación de familiares y enfermos de ICTUS, 2010).

El paciente post operado de aneurisma dependerá del manejador de casos a cargo de su evaluación, ya que es este el profesional que realiza la evaluación inicial para referir el caso al médico de cabecera y alertarlo de la necesidad de las terapias rehabilitarías aplicables. Este proceso va atado al sistema de transformación social propuesta por Paul M. Ellwood, Jr., quien fue el primero en desarrollar medidas deliberadas para cambiar el sistema de salud estadounidense de un negocio sin fines de lucro en un modelo para fines de lucro que se vería impulsado por la industria de seguros. En 1973, el Congreso aprobó la Ley de Organización de Mantenimiento de Salud (Health Maintenance Organization Act), lo que alentó el rápido crecimiento de los HMO, la primera forma de atención médica administrada.

Uno de los cambios más significativos que impulsó esa reforma ocurrió en la década de 1980 con la llegada de los DRG. El 90% de los planes de salud estaban adscritos con algún tipo de atención médica administrada (manager care), lo que suponía el principio del cuidado dirigido actual. El sistema DRG fue creado por Robert Barclay Fetter y John D. Thompson en la Universidad de Yale con el apoyo de la Administración de Cuidado de Financiamiento de la Salud (HCFA), que ahora se conoce como Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Fue a finales de la década de los 80 que se impuso la obligación de pago por diagnóstico de paciente para controlar los costos de los servicios. Esto

resultó en la reducción de hospitalizaciones innecesarias, obligando a los proveedores para descontar sus tarifas, y haciendo que la industria de la salud a ser más eficientes y competitivas. Muchos planes sin fines de lucro le fue delegado en la década de 1990 la atención de su pacientes, y un capital asignado por paciente atado a un médico primario que ha sido una de las debilidades del sistema. Sus críticos señalan pacientes descontentos y los grupos de defensa de los consumidores argumentan que los planes de atención administrada (cuidado dirigido) se controlan los costos, negando los servicios médicos necesarios a los pacientes, incluso en situaciones potencialmente mortales, o proporcionando cuidado de baja calidad. A pesar del mandato de atención médica administrada para controlar los costos, los Estados Unidos el gasto sanitario ha seguido superando el ingreso nacional global, el aumento de alrededor de 2,4 puntos porcentuales más que del PIB anual desde 1970.

En 1991, los 10 DRG añadieron nuevas categorías para controlar los costos, a hora se incluye partos: recién nacido normal, parto vaginal, la insuficiencia cardíaca, psicosis, la cesárea, recién nacido con problemas importantes, angina de pecho, trastornos cerebrovasculares específicos, neumonía, y el reemplazo de cadera / rodilla. Estos GRD comprenden casi el 30 por ciento de todos los egresos hospitalarios. Es aquí bajo esta regulación que se incluye la aprobación de los casos para la rehabilitación de los pacientes con aneurisma con cubierta médica privada o gubernamental. Estas deben ser justificadas por un manejador de casos, que regularmente es un profesional de enfermería certificado que maneja la coordinación de los cuidados a ser

otorgados al paciente. Igualmente, son profesionales de enfermería de práctica avanzada que poseen una maestría en ciencias de enfermería con especialidad en manejo de caso, o especialistas clínicos en manejo de caso.

De acuerdo a Kersbergen (1996) el proceso de manejo de casos se ha utilizado para coordinar los servicios de salud y humanos en los Estados Unidos por más de un siglo. A lo largo de su historia, el manejador de casos se ha practicado por una variedad de disciplinas, principalmente de enfermería y el trabajador social. Independientemente del grado de sofisticación del modelo de manejo de casos históricamente, el objetivo ha sido el mismo: la coordinación de servicios para satisfacer las necesidades del cliente al mismo tiempo controlar los costos de los servicios. A medida que la industria del cuidado de la salud sigue evolucionando durante la era del cuidado dirigido, el manejo de casos parece que se impregna en todos los sistemas de prestación de atención médica como un medio para hacer frente a las cuestiones del acceso y la calidad de servicios a un menor costo. La larga historia de manejo de casos proporciona una sólida base para el perfeccionamiento de los sistemas de manejadores de casos para satisfacer las necesidades de los clientes en la década de 1990. Es en esta década cuando se fundan las asociaciones profesionales que unen a estos profesionales y las regulan en su quehacer diario. Ejemplo de ello, es la Asociación Americana de Manejadores de Casos de Enfermería (American Association of Managed Care Nurses, AAMCN) que fue fundada en 1994 por un grupo de enfermeras, para ofrecer oportunidades de educación y creación de redes para las enfermeras que trabajan en la

industria de cuidado dirigido o manejo de casos. Otra de las asociaciones es The Case Management Society of America fundada en el 1990, que se ocupa de unir todo tipo de manejadores de casos, que no son enfermeras(os) como lo son trabajadores sociales, psicólogos, entre otros.

Este movimiento de manejo de costos ha hecho que todas las instituciones hospitalarias puertorriqueñas estén creando posiciones para manejadores de casos. Esta tendencia comenzó en el 2000 en Puerto Rico (González Alfonso, 2011). Se ha reconocido la importancia de su rol en el proceso de disposición del paciente y rehabilitación abaratando costos y colocando las necesidades del paciente como prioritarias. La intervención del rol de la manejadora de caso es esencial debido a que aplica su función y conocimientos para el tratamiento del mismo, según González Alfonso (2011) los manejadores de caso son encargados de promover, aplicar y evaluar los beneficios o dificultades que el proceso les ocasione y decidir si se continúa por el mismo camino o si hay que cambiar de método. Tomando en cuenta la demanda de calidad y de restricción de costos es necesario brindar estrategias para el cuidado de enfermería. Una de estas corresponde al manejo de caso. Este es un sistema en el cual el plan de cuidado de enfermería y el de cuidados médicos van combinados en un documento, proporcionando atención de calidad en términos de costo. Zander en 1988 lo denomina este planteamiento como "La segunda generación de planes de enfermería".

En este sistema médicos y enfermeras expertos colaboran para desarrollar un plan de manejo de caso para el paciente. Este procedimiento se

denomina Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR). Estos planes enumeran atenciones y objetivos para cada día de hospitalización. Este proceso puede generarse diagnósticos generales de enfermería para la atención conjunta de aproximadamente el 75% de usuarios con un diagnóstico médico específico. El otro porcentaje se dirige hacia la individualidad del paciente sin dejar la identidad como enfermero y sin delegar la responsabilidad de la valoración del paciente. Puede entonces decirse que para varias situaciones problema existen diagnósticos de enfermería similares. El Proceso de Enfermería fomenta la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. Esto evita el aburrimiento que podría deberse a un enfoque repetitivo orientado a una tarea.

La participación de la familia en el tratamiento es esencial para su recuperación, ya que los servicios de Fisioterapia se realizan en un momento o varios del día, pero la mayor parte del tiempo el paciente se encuentra en su hogar y es allí donde se requiere del mayor apoyo físico, emocional y psicológico mediante las mejores y fructíferas vías de comunicación con familiares y amigos. La fisioterapia se comienza generalmente tan pronto el paciente está estable. Algunos pacientes experimentarán la recuperación más rápida en los primeros pocos días pero muchos seguirán mejorando durante cerca de seis meses o más.

Parte del objetivo de la investigación es la importancia de la rehabilitación física en un paciente luego de una aneurisma. Cuando el paciente está hospitalizado la manejadora de caso es la facilitadora para que el paciente luego

de una aneurisma apoye al paciente en recibir rehabilitación física, ya que existe un beneficio directo para el paciente que ha sufrido de una aneurisma. Ante esto es necesario que el personal de enfermería posea el conocimiento necesario sobre el manejo de casos para este tipo de paciente y reconozca la importancia y la necesidad que tiene el paciente de recibir una rehabilitación física para poder reintegrarse a su vida diaria. Siendo este el principal problema al cual se enfrenta un paciente que sufre de este mal, si no es referido a estos servicios y se limita el tratamiento a uno farmacológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema a investigar es poder determinar el rol del manejador de caso en la decisión de la rehabilitación física del paciente adulto luego de una aneurisma. El paciente que sufre de aneurisma sufre diferentes secuelas que pueden dejarlo incapacitado total o parcialmente, y sufrir complicaciones que pueden llevarlo a la muerte (Asociación Estadounidense de Cirujanos Neurológicos/Congreso de Cirujanos Neurológicos, 2002). La importancia de una rehabilitación temprana y detectar el posible beneficio de la misma, dependiendo el caso, es uno de los roles principales del manejador de caso. En ocasiones si el paciente no es identificado a tiempo, ni se diagnostica correctamente de parte del manejador de casos, se produce un estancamiento en el progreso de salud del paciente, el cual afecta su nivel de independencia. El rol del manejador en los problemas del paciente con aneurisma es procurar disminuir los efectos de esta condición en la vida cotidiana del paciente, brindándole apoyo, educación al paciente para facilitar junto con este el proceso

de toma de decisiones para que este pueda recibir los servicios de terapia física luego de una aneurisma. Si el paciente no es referido a estos servicios, y el manejador de casos no da el alerta al equipo de salud, puede que el paciente salga de alta del centro hospitalario sin haber sido educado, recibido o coordinado los servicios de rehabilitación física.

Según LastBrain Aneurysm Foundation (2011) las familias de los sobrevivientes de aneurisma cerebral frecuentemente debido a la condición en que se encuentran los pacientes, deben tomar decisiones difíciles y hacer frente a circunstancias a las cuales no estaban acostumbrados. Cambios que son causados por el propio aneurisma, y no el paciente. Desde ese momento debe comenzarse a cimentar el proceso rehabilitativo el cual debe incluir a la familia del paciente a través del manejador de caso. Esto ante la realidad de que la rehabilitación del paciente con ruptura de aneurisma requiere un fuerte apoyo y amor de la familia, así como un equipo de rehabilitación de calidad de los médicos y terapeutas para optimizar la recuperación del paciente de la devastación causada por un aneurisma cerebral.

Next Step in Care (2011) agencia especializada en paciente con aneurisma, refiere que planificar los cuidados para un familiar luego de que sea dado de alta puede ser estresante. Una discusión profunda con un profesional experto puede ayudarlo a comprender que existen opciones y lo que estas opciones podrán significar para el paciente y su familiar. En ese caso, el paciente necesita información y asesoramiento por parte del encargado de alta o el administrador de casos asignado al cuidado del mismo, así podrá disponer de

los recursos para tomar esta importante decisión. Es aquí donde el rol del manejador de caso es importante, al aferrarse a la idea de que el proceso de rehabilitación física debe estar presente en el tratamiento y alta del paciente afectado. A través las estadísticas ilustradas y realizadas por Yandry (2011) se puede evidenciar la importancia del tratamiento de rehabilitación física en pacientes de accidentes cerebrovasculares.

En la Tabla 1 se evidencian las secuelas neurológicas más frecuentes que presentaron los pacientes con afecciones neurológicas y que se beneficiaron de las terapias físicas, esto como ejemplo de las secuelas de una aneurisma, que no es otra cosa que un accidente cerebrovascular a gran escala.

Tabla 1. Secuelas neurológicas de pacientes con accidente cerebrovascular.

Secuelas	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	F	%	f	%
Cuadriplejía	-	-	-	-	-	-
Cuadriparesia	-	-	-	-	-	-
Hemiplejía derecha	2	10	-	-	2	10
Hemiplejía izquierda	6	30	4	20	10	50
Hemiparesia derecha	2	10	2	10	4	20
Hemiparesia izquierda	2	10	2	10	4	20
Total	12	60	8	40	20	100

De un total de 20 pacientes el 100% presentó secuelas neurológicas de algún tipo, la más frecuente fue la hemiplejía izquierda en 10 pacientes (50%), seguida por la hemiparesia derecha a 4 pacientes (20%) así como la hemiparesia izquierda a 4 pacientes (20%). En menor grado se presentó la hemiplejía derecha la cual afectó solamente a 2 pacientes (10%). No se

presentó ningún caso de cuadriplejía y cuadriparesia. Es decir, que la mayoría de los pacientes que sufren de rupturas de aneurismas se quedan afectadas sus extremidades, dependiendo el daño que ocasione el evento.

En la Tabla 2 se encuentra ilustrados los parámetros que fueron evaluados utilizando la entrevista de aquellos pacientes que recibieron servicios de salud para tratar sus condiciones. Se puede observar que solamente 1 paciente (5%) se encontró satisfecho con su estado de salud actual, aun habiendo recibido el tratamiento correspondiente, lo que constituye un gran problema de salud ya que la mayor parte de los pacientes (95%) se ven afectados directamente por su enfermedad lo que influye de forma negativa en estado físico, psicológico y social (Yandry, 2011). De un total de 20 pacientes entrevistados por Yandry (2011) en los Estados Unidos solo 3 (15%) mantienen un estado de ánimo favorable cuando están en su hogar representando esta cifra la misma cantidad de pacientes que toman decisiones como miembro de su familia, mientras que 12 pacientes (60%) mantienen un estado de ánimo favorable durante su tratamiento lo cual nos favorece en gran medida ya que muchos de los pacientes se sienten a gusto cuando se les aplica el tratamiento fisioterapéutico y rehabilitador. Aunque, la meta no se ha alcanzado aún ya que 14 pacientes (70%) desean obtener más ayuda e información sobre su enfermedad.

A recibir la rehabilitación física son acompañados por sus familiares 7 pacientes (35%), mientras que el resto van solos, esto limita la efectividad del tratamiento. La familia debe tomar conciencia sobre la necesidad que tiene su

participación de forma activa en la recuperación y además pudiera adquirir conocimientos para continuar el tratamiento en el hogar, ya que solamente 3 familias (15%) aplican algún tratamiento en su hogar, mientras que 19 pacientes (95%) creen que mejorarían si su familia le ayudase en su tratamiento. Se demostró que los pacientes que recibieron terapia física temprano y recibieron apoyo familiar se recuperaron mejor, fueron más independientes y su estado de ánimo era más alegre que el resto de los pacientes. Los pacientes referidos tempranamente a estos servicios tienen mejor pronóstico de ajuste y de alcanzar un mejor nivel de independencia en las actividades del diario vivir. La presencia de un manejador de casos hizo una diferencia marcada en estos pacientes, especialmente en el seguimiento de su condición y al dirigir al equipo de salud a tomar decisiones acertadas a favor del paciente y su familia en un tiempo razonable donde la calidad del cuidado no se viera afectada, pero que tampoco fuera muy costosa para el plan de salud del paciente, ni para la institución.

Tabla 2. Parámetros de evaluación de la entrevista a pacientes con accidente cerebrovascular.

Parámetros	Total	%
Pacientes satisfechos con su estado de salud.	1	5
Pacientes con estado de ánimo favorable en el hogar.	3	15
Pacientes con estado de ánimo favorable en el Centro de Rehabilitación.	12	60
Pacientes que toman decisiones en su hogar.	3	15
Pacientes que son acompañados por su familia al Centro de Rehabilitación.	7	35
Familias que aplican algún tratamiento en el hogar.	3	15
Pacientes que creen que mejorarían si su familia le ayudase en su tratamiento	19	95
Pacientes que desean tener más ayuda e información	14	70

sobre su enfermedad.

Utilizando estas estadísticas se puede apreciar la importancia del rol del manejador de caso como parte del equipo de salud, principalmente con pacientes que sufren de aneurisma. El manejador de casos posee las competencias y el conocimiento para liderar al equipo de salud en ofrecer un cuidado de alta calidad a un bajo costo, especialmente cuando se sabe que los servicios de neurología son costosísimos. El manejador de casos como especialista clínico en enfermería avanzada puede orientar, educar al paciente-familia en la toma de decisiones sobre la importancia de la rehabilitación física luego de un accidente cerebrovascular, causado por un aneurisma, y como este proceso pretende ayudar al paciente a su rehabilitación. De acuerdo a Katati (2006) este enfatiza que la calidad de vida en los pacientes con aneurisma intracraneal después del tratamiento por cirugía o embolización. Este señala la importancia del manejo adecuado del paciente en su recuperación motora, para que este aumente su capacidad de independencia cuando se encuentra en una edad productiva. Donde no existe un plan de seguimiento para el paciente, como lo son los manejadores de casos, la capacidad del paciente en recuperar sus funciones motoras disminuye y con ello su esperanza de lograr un nivel apropiado de independencia. Los análisis que presenta este autor, evidencian que el dominio de la función física está menos deteriorada en los pacientes que han sido embolizados en los que han sido intervenidos quirúrgicamente y que a su vez se acompaña su tratamiento con una rehabilitación física y no meramente farmacológica. A pesar de lo discutido y de los adelantos sobre el tratamiento a

estos pacientes el problema de rehabilitación y la identificación correcta del tipo de rehabilitación que necesita continua vigente y existe la falta de conocimiento en el profesional de enfermería, como manejador de caso, para disponer del paciente adecuadamente aspecto que debe ser estudiado. Ante esta realidad, el problema principal sería el efecto de la falta del rol de la manejadora de caso, en apoyo al paciente para facilitar el procedimiento e intervención de educación y decisión para que el paciente pueda recibir los servicios de terapia física luego de un aneurisma. Por eso, el estudio quiere demostrar la importancia de este rol para ayudar al paciente en su proceso de rehabilitación, esta es la base de la justificación para estudiar este problema.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La justificación del estudio fue desarrollada tomando como base los criterios para evaluar el valor potencial de una investigación según Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2003). Estos autores señalan que existen unos criterios mínimos para justificar un estudio. En este caso, se tomaron en consideración los siguientes criterios para justificar esta investigación: la conveniencia de la investigación, su alcance, su valor teórico y su utilidad metodológica.

Respecto a la conveniencia de la investigación los resultados del estudio aportarán al sector educativo de la enfermería, el cual ampliaría los conocimientos que se podrán aplicar en el campo laboral de los manejadores de casos. La necesidad de que los profesionales de enfermería se preparen para manejar pacientes con aneurisma es imperativo ante los costos de los servicios

de salud y ante la realidad de lo que significa un mal manejo de la condición de estos pacientes. El aumento de casos con aneurisma es alarmante y este paciente requiere de una atención especial e inmediata para poder prontamente ofrecerle un programa integrado de rehabilitación si es que logra sobrevivir a su proceso luego de ser operado. Según el trabajo de University of West Georgia Disclaimer (1995) se estima que aproximadamente 30.000 personas en los Estados Unidos sufren una ruptura de aneurisma cerebral cada año. Cabe destacar que en Puerto Rico no existen estadísticas sobre el particular. Además, se estima que de cinco personas que sufren una hemorragia hoy en día, en un año, sólo uno sobrevivirá al proceso y estará bien. También, se ha valido que una persona quedará inhabilitada y tres estarán muertos durante el proceso de sufrir una aneurisma durante y después de ser operado. Aquellos pacientes que sobreviven y son sometidos a un proceso de rehabilitación temprana tienen mayor probabilidad de ajustarse a sus nuevas limitaciones. La rehabilitación es un proceso que lo lleva a cabo un equipo de salud que trabajan para y con el paciente con miras a identificar de los problemas y las soluciones a los déficits con el propósito de integrarlo a su entorno con la menos dependencia posible. El equipo incluye un médico, enfermeras profesionales, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y del lenguaje, terapeutas recreativos, un terapeuta de rehabilitación cognitiva, un psicólogo y un administrador de casos en un entorno seguro y protegido. Recientemente, se ha sugerido el manejador de caso como parte de este equipo para coordinar e

integrar los servicios que se le ofrecen al paciente durante y después de su hospitalización (American Association of Managed Care Nurses, AAMCN, 2011).

La rehabilitación es importante para estos pacientes y el rol del manejador de casos ante la realidad de que la mayoría de los pacientes que sufren de aneurismas tienen una vida muy activa en la sociedad. Estos datos los confirma Yandry (2009) el cual señala que los accidentes cerebrovasculares es mayor en las edades medias y avanzadas. Afectan alrededor de un 5% de la población mayor de 65 años y representan el 9 y 10% respectivamente del total de fallecidos, ocurriendo más del 90% de las muertes en personas de 50 años o más, entre los que sobreviven el 50% o más quedan con alguna secuela. Lo que hace necesario el desarrollo de este estudio para proveer una mejor atención a estos pacientes y justificar la necesidad de los manejadores de casos para proveer la coordinación de los servicios de salud para estos pacientes.

Respecto al alcance del estudio se espera que el mismo sea amplio y de gran valor social, ya que con los resultados de este estudio se podrá tomar de base para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a los pacientes con aneurismas. La calidad de los servicios de enfermería depende directamente de la educación que reciben en los programas. Si los profesionales de enfermería que brindan sus servicios a los pacientes de aneurisma conocen su manejo y la importancia del proceso de rehabilitación sería un logro significativo. Con los resultados de este estudio se pretende demostrar que los manejadores de casos pueden dirigir no solo el equipo de enfermería, estos con sus conocimientos pueden fomentar el buen cuidado y tratamiento de todo el equipo de salud. El

enfoque del manejador de caso es abaratar costos sin omitir la calidad del cuidado que se le ofrece al paciente. Cree que la rehabilitación temprana en estos pacientes es esencial para su recuperación, así que es la persona mejor preparada para identificar, diagnosticar y referir cada uno de los pacientes que se pueden beneficiar de una rehabilitación física. Por eso, con los resultados de este estudio se puede evidenciar que ante la presencia del manejador de caso en una unidad de pacientes con aneurisma existe una diferencia significativa en el éxito del tratamiento y rehabilitación de estos pacientes. Por ser pacientes socialmente activos con la intervención del manejador de casos, podría el paciente aun desde sus limitaciones producir o sentirse productivo para la sociedad. De aquí la necesidad de que estos profesionales conozcan el manejo de los pacientes con aneurisma, debido a la particularidad de su proceso rehabilitativo.

Según Heechin (2005-2012) y Martínez (2008), los individuos con lesión cerebral o enfermedades cerebro vasculares por ejemplo: encefalopatía anóxica o hipóxica, y las aneurismas, así como a nivel de estado de coma y de los pacientes en coma-emergentes preferiblemente deben seleccionarse para ellos un plan de rehabilitación. Estos autores señalan que estos pacientes necesitan una rehabilitación física intensiva para hacer frente a importantes desafíos físicos, cognitivos y emocionales. Presentan como idea fundamental demostrar la importancia que tiene en el paciente la rehabilitación luego de alguna lesión cerebral. Para estos pacientes se presenta un sistema de ejercicios rehabilitadores que apoyados en la Terapia Ocupacional tanto en el hogar como

en el hospital desarrolla el tono y la fuerza muscular. A través de esta forma se logra la incorporación del paciente a una vida social, siendo el manejador de casos pieza esencial en ese proceso.

La utilidad metodológica de este estudio de investigación consistirá en desarrollar un instrumento validado científicamente a través de un panel de expertos de acuerdo con las recomendaciones de Polit y Hungler (2000). El contar con un instrumento que valide la importancia de la toma de decisiones del manejador de casos en el proceso de rehabilitación de los pacientes con aneurismas, servirá de guía para futuras investigaciones relacionadas con este tema, o podrá ser utilizado para una réplica de este estudio, tanto como fuera y dentro de Puerto Rico. Ante la falta de estudio es necesario explorar e investigar este tema en Puerto Rico, ya que sería perjudicial para el equipo de salud la falta de conocimiento sobre la importancia y rol del manejador de casos en pacientes con aneurisma. Siendo este el profesional de enfermería avanzada capaz de coordinar, apoyar, educar y orientar a familia y paciente sobre todo su tratamiento y rehabilitación que serán fundamentales para prevenir posibles consecuencias o complicaciones y aumentar la calidad de vida de estos pacientes en Puerto Rico.

MARCO TEORICO

El modelo de Dorothea Orem (1985) sirvió de base para el desarrollo de este estudio. Su modelo se conoce como la Teoría de Autocuidado, dicha teoría analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su persona. Orem define esta capacidad como autocuidado, que para ella es "la práctica de

actividades que los individuos llevan a cabo por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar". La capacidad para el autocuidado de cada individuo depende de tres requisitos que este debe completar para lograrlo. Los requisitos para el autocuidado son: los universales, los de desarrollo y los de desviación de salud. Si el paciente o agencia de autocuidado no logra llenar estos requisitos necesitará la ayuda o asistencia de enfermería. Según el modelo de Orem, enfermería es el sistema de autocuidado, que tiene como meta en ayudar a las personas a hacer frente a sus propias necesidades de autocuidado terapéutico.

Para que enfermería pueda asistir correctamente al paciente lo debe clasificar según lo establece el sistema de enfermería: 1) totalmente compensatorio, donde la enfermera compensa la incapacidad total del paciente de ocuparse de sí mismo; 2) parcialmente compensatorio, en el cual la enfermera compensa la incapacidad parcial del paciente, 3) Apoyo educativo, donde la enfermera ayuda al paciente a tomar decisiones y adquirir habilidades y conocimientos, ya que el paciente posee la capacidad de auto cuidarse. El modelo de autocuidado de Orem ha suscitado considerable interés entre los investigadores, especialmente de su aplicabilidad a los pacientes con condiciones crónicas o incapacitantes (Page y Ricard, 1996; Aish e Isenberg, 1996).

La teoría de Orem aplicada al problema de estudio es útil, ya que una de las metas del manejador de caso que tiene a cargo los pacientes con aneurismas es procurar que los mismos alcancen al máximo su autocuidado. El paciente luego de una aneurisma entra en el proceso de recuperación donde se

ven afectado los requisitos de autocuidado. Uno de los más afectados es el requisito en universal, donde el paciente se afecta su actividad y descanso, se afecta su habla y nutrición, entre otros. Para poder suplir esa demanda de autocuidado el profesional de enfermería tiene que proveer lo que el paciente no puede alcanzar por si mismo. Otro de los que se afecta son los requisitos de desviación de salud, estos se ven marcadamente alterados debido a que el paciente requiere en la mayoría de los casos moverse a buscar servicios de salud de seguimiento, que en ocasiones se ve imposibilitado por la pobre capacidad para transportarse, la falta de tolerancia al tratamiento o las posibles complicaciones o secuelas de la aneurisma no le permiten gozar de una calidad de vida apropiada.

El manejador de caso es vital en este proceso y provee el espacio para la discusión de la situación con el equipo de salud de manera que le provea prontamente el servicio que requiere el paciente de acuerdo a su categorización. El paciente puede pasar por todo el proceso establecido por el sistema de enfermería, luego de haber sido operado de la aneurisma. En los primeros días post quirúrgico el paciente es totalmente dependiente del profesional de enfermera. Luego el paciente comienza a recuperar parte de sus movimientos y su fuerza muscular aumenta, y puede alcanzar un autocuidado parcial, así que recibe el apoyo de enfermería parcial. Finalmente, cuando el paciente es sometido a un proceso de rehabilitación este puede lograr un máximo de independencia y algunos logran alcanzar los requisitos de autocuidado, así que enfermería a de proveer un soporte educativo. Aplicando la teoría de Orem en

los pacientes con Aneurisma, el manejador de caso tiene una intervención apropiada y alineada con lo que se espera alcanzar con este tipo de paciente. El manejador de caso al hacer uso de esta teoría intervine en la toma de decisión, brindando recomendación o consultando para que el paciente reciba terapia física para que a través de las mismas pueda reforzar sus necesidades físicas que promuevan su independencia.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de la investigación es poder determinar la importancia del rol del manejador de caso, en apoyo y toma de decisiones con el paciente con aneurisma. Los manejadores de caso dentro de su alcance de práctica permiten al manejador referir y recomendar a los médicos del paciente con aneurisma la rehabilitación física. Los manejadores de caso, se basan en el principio de que la rehabilitación es útil y con ello se espera poder mostrar que la rehabilitación física no causa ningún daño al paciente y es más efectiva en los pacientes que sufren de aneurisma, ante el tratamiento farmacológico que tiene efectos secundarios que afectan sus órganos y pudiera traer otro tipo de consecuencias al paciente. Es que no siempre será necesario acudir a la farmacología como la solución a las secuelas de una aneurisma, esta puede ser sustituida con la terapia física como tratamiento alternativo, que le permita al paciente la disminución de la dependencia de tratamientos farmacológicos. También este estudio desea dar continuidad a investigaciones que avalan la rehabilitación física del paciente con aneurisma como las presentadas por LastBrain Aneurysm

Foundation (2011), donde el manejador de caso puede evidenciar su labor a favor del paciente en todo este proceso junto al equipo de salud.

Además, los resultados de este estudio pueden servir de base para educar a los manejadores de caso sobre la importancia de asumir su rol de líder en el cuidado del paciente con aneurisma y demostrar con evidencia científica que su orientación y educación al paciente-familia es esencial en el proceso de rehabilitación. Es decir, que esta investigación brindará evidencias sobre la importancia de la toma de decisión de la rehabilitación física en pacientes luego de aneurisma y otras enfermedades cerebrovasculares. Y con ello, crear conciencia sobre el efecto positivo de rehabilitación física como tratamiento para poder mejorar la calidad de vida del paciente y su incorporación a la vida diaria y sociedad.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1. Determinar la importancia del rol del manejador de caso en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma.
2. Determinar la relación que existe entre la rehabilitación física del paciente con aneurisma y su progreso en su condición.
3. Determinar la importancia de identificar cuando el paciente con aneurisma necesita el tratamiento de rehabilitación física en vez de un tratamiento farmacológico.

Definiciones Operacionales

1. **Importancia del rol del manejador de caso:** Para efectos de este estudio de investigación, es aquel contestado por el cuestionario desarrollado por la investigadora a base de la revisión de literatura y a través de las consultas del terapeuta físico (PMR) contestadas en los informes correspondientes de pacientes con aneurismas. Las afectaciones cerebrales incluyendo aneurisma en el organismo pueden afectar gravemente funciones específicas como el habla, o la capacidad de movimiento de un hemi-cuerpo y requiere después del tratamiento clínico una serie de ejercicios de rehabilitación para recuperar en gran medida los miembros afectados. El enfermero o administrador de casos son fuentes excelentes que le ayudarán a explorar las diversas opciones de rehabilitación (Brain Aneurysm Foundation, 2011).
2. **Proceso de rehabilitación física:** Rehabilitación es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales (Sociedad Chilena de Medicina Física y Rehabilitación 2012). La misma será medida con un cuestionario desarrollado por la investigadora a base de la literatura relacionada con el tema de estudio.

DEFINICIONES DE CONCEPTOS

1. **Profesional de Enfermería:** La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada

en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.

2. **Aneurisma:** Un aneurisma cerebral o aneurisma del cerebro es una enfermedad cerebrovascular en la cual una "debilidad" en la pared de una arteria o vena ocasiona una dilatación o "abaldonamiento" de un segmento localizado en la pared del vaso sanguíneo.
3. **Manejadora de Caso:** El manejo de casos incluye la evaluación de las necesidades tanto del paciente como las de la familia. Cuando sea necesario, el manejador de casos coordina, evalúa y apoya con un plan de servicios para satisfacer las múltiples necesidades de cada paciente y su familia (UCSD Mother, Child & Adolescent HIV Program 2012)

RESUMEN

El tema a investigar es el rol del manejador de caso en la decisión de la rehabilitación física del paciente adulto luego de una aneurisma. Según Yandry (2009) los accidentes cerebrovasculares es mayor en las edades medias y avanzadas. Afectan alrededor de un 5% de la población mayor de 65 años y representan el 9 y 10% respectivamente del total de fallecidos, ocurriendo más del 90 % de las muertes en personas de 50 años o más, entre los que sobreviven el 50% o más quedan con alguna secuela. La participación de la familia en el tratamiento es esencial para su recuperación, ya que los servicios de Fisioterapia se realizan en un momento o varios del día, pero la mayor parte del tiempo el paciente se encuentra en su hogar y es allí donde se requiere del mayor apoyo físico, emocional y psicológico mediante las mejores y fructíferas

vías de comunicación con familiares y amigos. Parte del objetivo de la investigación es la importancia de la rehabilitación física en un paciente luego de una aneurisma. Cuando el paciente está hospitalizado la manejadora de caso es la facilitadora para que el paciente luego de una aneurisma apoye al paciente en recibir rehabilitación física. Se ha demostrado en este capítulo que el rol del manejador de caso es esencial para que el paciente logre una rehabilitación integrada. La falta de este profesional sería un problema para lograr la recuperación del paciente, lo que justifica la realización de este estudio. La justificación del estudio fue desarrollada tomando como base los criterios para evaluar el valor potencial de una investigación según citado por Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2003). En el mismo se hizo énfasis en la conveniencia de la investigación, su alcance, el valor teórico y la utilidad metodológica. Esta sirvió de base para el desarrollo de los objetivos del estudio, el propósito y facilitó las definiciones de las variables y conceptos incluidos en este estudio.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta la revisión de literatura relacionada con el tema de investigación. El desarrollo de la misma ha seguido las recomendaciones establecidas por Polit y Hunger (2000), el cual define la revisión de literatura como el elemento que permite al investigador conocer a profundidad el tema de investigación. En la primera fase se presenta la conceptualización del tema y en la fase se presentan aquellas investigaciones relacionadas con las variables del estudio. El capítulo termina con un resumen de los aspectos más relevantes encontrados por la investigadora en este proceso.

LITERATURA RELACIONADA CON EL TEMA

Según con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), los accidentes cerebrovasculares son "signos clínicos de desarrollo rápido de una perturbación focal de la función cerebral de origen presumiblemente vascular y de más de 24 horas de duración la mayoría de los casos de infarto cerebral, hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea, pero se excluyen aquellos casos en que la recuperación se produce dentro de las 24 horas. Un accidente cerebrovascular resulta del bloqueo de un vaso sanguíneo que interrumpe el suministro de oxígeno a las células provocando su muerte. Las consecuencias de un accidente cerebrovascular, su gravedad y la magnitud de las funciones

afectadas, depende del lugar en que ha ocurrido el bloqueo en el cerebro y de cuán grande ha sido el daño. El accidente cerebrovascular se define como isquémico o hemorrágico, según sea causado por un bloqueo en una arteria o por una laceración en la pared de la arteria que produce sangramiento en el cerebro.

Uno de los tipos de accidentes cerebrovasculares son causados por las aneurismas, que según Torres Gómez (2011) este término se deriva de la palabra griega *aneurisma* que significa dilatación. Los aneurismas cerebrales constituyen dilataciones arteriales que generalmente se localizan en los sitios de bifurcación de los grandes vasos del polígono de Willis; carótida interna, cerebral anterior, comunicante anterior, cerebral media y un pequeño porcentaje en área vertebra basilar (Huether & Mc.Cance, 2004). Existen muchos diferentes tipos de aneurismas. Un aneurisma sacciforme puede variar de tamaño desde unos pocos milímetros a más de un centímetro. Los aneurismas sacciformes gigantes pueden alcanzar perfectamente más de 2 cm y son más comunes en los adultos. Los aneurismas sacciformes múltiples se heredan con más frecuencia que otros tipos de aneurismas.

Otros tipos de aneurismas cerebrales implican un ensanchamiento de todo un vaso sanguíneo o pueden aparecer como un "abombamiento" de parte de un vaso sanguíneo. Estos tipos de aneurismas se pueden presentar en cualquiera de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. La aterosclerosis, un traumatismo y una infección, que pueden lesionar la pared vascular, pueden ocasionar aneurismas cerebrales. Aproximadamente el 5% de la población tiene

algún tipo de aneurisma en el cerebro, pero sólo un pequeño número de estos aneurismas causa síntomas o ruptura. Los factores de riesgo comprenden antecedentes familiares de aneurismas cerebrales y algunos problemas médicos como la poliquistosis renal, la coartación de la aorta y la hipertensión arterial (Huether & Mc.Cance, 2004). Algunas clasificaciones de aneurisma según la Brain Aneurysm Foundation (2011) son:

- **Aneurismas verdaderos:** Están formados por todos los componentes de la pared arterial: la sangre se mantiene dentro de los límites del aparato circulatorio. Por ejemplo: aneurisma ateroesclerótico, sifilítico y congénito.
- **Aneurismas falsos o pseudoaneurismas:** Son hematomas extravasculares que comunican con el espacio intravascular, formando un hematoma pulsátil. La pared vascular está desgarrada y la pared externa del saco aneurismático está formada sólo por las capas externas de la arteria, tejido perivascular o un coágulo de sangre.
- **Aneurisma cardíaco:** Dilatación de la pared ventricular del corazón (aneurisma septal, aneurisma ventricular)
- **Aneurisma cerebral saculado:** Saculación pequeña de una arteria cerebral, generalmente en el polígono de Willis en la base del cerebro.
- **Aneurisma fusiforme:** Deformación en forma de huso de la pared arterial.
- **Aneurisma micótico:** Aneurisma causado por el crecimiento de microorganismos en el interior de la pared del vaso.

- **Aneurisma traumático:** Formado como consecuencia de una lesión física en la pared vascular

Según Medlineplus (2010) la persona puede tener una aneurisma sin presentar signos ni síntomas. Se puede encontrar cuando se hace una resonancia magnética o una tomografía computarizada del cerebro por otra razón. Un aneurisma cerebral puede comenzar a "dejar escapar" una pequeña cantidad de sangre, lo cual puede causar un dolor de cabeza muy fuerte que un paciente puede describir como "el peor dolor de cabeza de su vida". Otra frase usada para describir esto es cefalea centinela. Esto significa que el dolor de cabeza podría ser un signo de advertencia de una ruptura días o semanas después de que el dolor de cabeza sucede por primera vez.

También pueden ocurrir si el aneurisma ejerce presión sobre estructuras cercanas en el cerebro o se abre (se rompe) y causa sangrado intracerebral. Los síntomas dependen de la localización del aneurisma, si se rompe o no y sobre qué parte del cerebro está ejerciendo presión, pero pueden abarcar: 1) Visión doble, 2) Pérdida de la visión, 3) Dolores de cabeza, 4) Dolor en el ojo, 5) Dolor en el cuello, y 6) Cuello rígido (Medlineplus, 2010).

Un dolor de cabeza intenso y repentino es un síntoma de que un aneurisma se ha roto. Otros síntomas de la ruptura de un aneurisma pueden abarcar:

1. Confusión, letargo, somnolencia o estupor
2. Párpado caído
3. Dolores de cabeza con náuseas o vómitos

4. Debilidad muscular o dificultad para mover cualquier parte del cuerpo
5. Entumecimiento o disminución de la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo
6. Crisis epiléptica
7. Problemas del habla
8. Cuello rígido (ocasionalmente)
9. Cambios en la visión (visión doble o pérdida de la misma)

National Institutes of Health (2011) señala que se cuentan con diversos métodos diagnósticos para proporcionar información sobre el aneurisma y la mejor forma de tratamiento. Las pruebas generalmente se obtienen luego de una hemorragia subaracnoidea para confirmar el diagnóstico de un aneurisma. Entre estos métodos se destacan: 1) La angiografía, 2) La tomografía computarizada (TC), y 3) Las imágenes por resonancia magnética (IRM).

La incidencia de esta condición en los Estados Unidos es relativamente frecuente. Entre el dos y el seis por ciento de la población la presenta. Puerto Rico no cuenta con estadísticas que permitan conocer con certeza absoluta el número de pacientes que sufren cada año de aneurisma intracerebral y la tasa de rupturas de estos, Sin embargo, el Centro de Cirugía Neuroendovascular del Centro Médico de Río Piedras recibe un promedio de 400 pacientes con esta condición anualmente.

Según la Asociación Fisiatría: Medicina Física y Rehabilitación (2012) la rehabilitación es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, a

vocacional y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales. Los desórdenes específicos más relevantes en rehabilitación son la rehabilitación en enfermedad cerebrovascular.

Los individuos con lesión cerebral a tratar la rehabilitación de los programas de una lesión cerebral abierta y cerrada traumática (LCT), encefalopatía anóxica o hipóxica, y los aneurismas, así como a nivel de estado de coma y de los pacientes en coma-emergentes. Estos pacientes necesitan una rehabilitación intensiva para hacer frente a importantes desafíos físicos, cognitivos y emocionales. La lesión cerebral Programa de Rehabilitación fomenta la participación de la familia en la rehabilitación. En las primeras fases de la atención, el equipo de rehabilitación se desarrolla un plan de tratamiento con el paciente y su familia. El programa continúa después del alta, con la atención domiciliaria, tratamiento ambulatorio, y el apoyo a la reintegración en la comunidad (Heechin, 2005-2012).

El recurso de intervención en el tratamiento y para que el paciente pueda adquirir la rehabilitación física dentro y fuera del área hospitalaria, es la manejadora de caso. Por tal motivo es la importancia el rol de la manejadora de caso. El manejo de casos incluye la evaluación de las necesidades tanto del paciente como las de la familia. Cuando sea necesario, el manejador de casos coordina, evalúa y apoya con un plan de servicios para satisfacer las múltiples necesidades de cada paciente y su familia (UCSD Mother, Child & Adolescent HIV Program).

Según Cardenas (2010) el paciente-familia debe tener claridad en la importancia de su participación en todo el proceso. Por lo tanto, deben estar involucrados en el diseño, implementación y seguimiento de todo lo relacionado con la seguridad del paciente durante la terapia endovascular de aneurismas intracerebrales. Igualmente, la responsabilidad del ente coordinador del área o la gerencia es alta, pues es necesario determinar mecanismos de capacitación y actualización de conocimientos.

Sobre este particular, LastBrain Aneurysm Foundation (2011) señalan que las familias de los sobrevivientes de aneurisma cerebral tienen que tomar decisiones difíciles y hacer frente a circunstancias extremadamente difíciles a las cuales no están acostumbrados. Se evidenció que para que el paciente sea exitoso en su proceso de rehabilitación debe tener el apoyo de su familia. De acuerdo a esta agencia, la rehabilitación del paciente que sufre de una ruptura de aneurisma requiere un fuerte apoyo y amor de la familia, así como un equipo de rehabilitación de calidad de los médicos y terapeutas para optimizar la recuperación del paciente de la devastación causada por un aneurisma cerebral. En el mejor de los casos, el paciente y médico al saber sobre el aneurisma con anticipación, pueden tomar decisiones acerca de la rehabilitación antes de la cirugía. Una cirugía planeada por lo general crea leves a moderados problemas cognitivos y físicos, pero que son más fáciles de manejar que con aquellos pacientes que sufren de una cirugía de emergencia. Ambos casos han de presentar nuevos problemas físicos después de una hemorragia subaracnoidea (HSA) como lo son las molestias relacionadas a las heridas, problemas de

equilibrio y coordinación, debilidad en una o más extremidades, dificultad para hablar y para tragar y problemas con la visión. Con el tiempo estos déficits pueden mejorar parcial o totalmente, dependiendo si el paciente es identificado y sometido a tiempo a un proceso de rehabilitación física. Sabiendo, que físicamente, la curación puede tardar meses hasta años.

Mientras que Next Step in Care (2011) señala que para planificar los cuidados para un familiar operado de aneurisma, luego de que sea dado de alta puede ser estresante. Una discusión profunda con un profesional experto como lo es el manejador de caso, puede ayudarlo a comprender que existen opciones y lo que estas alternativas podrán significar para el paciente y su familiar. El paciente necesita información y asesoramiento por parte del planificador de alta o el manejador de casos asignado al cuidado del paciente, así la familia antes de que sea dado de alta el paciente, podrá disponer de los recursos para tomar esta importante decisión. Existen normas y requisitos para cada una de estas opciones de cuidado en la comunidad. También existen ventajas y desventajas. Los centros de rehabilitación aguda suelen ser muy conocidos dentro de una comunidad para estos casos, y posiblemente sea una de las opciones a otorgarle al paciente. Esto en caso, de que el paciente necesite una terapia de rehabilitación más extensa de la que puede ofrecer una agencia de cuidados en el hogar, y si necesita servicios de enfermería o supervisión durante todo el día, un programa de rehabilitación un centro como el mencionado podría ser una buena opción. El paciente y su familia deben ser orientados a que estos tratamientos en los centros de rehabilitación suelen durar unas pocas semanas,

no meses. Luego de una rehabilitación en el centro de enfermería especializado (skill nursing), es posible continuar con la rehabilitación en el hogar, o en un centro para pacientes ambulatorios o como otra opción en un centro de cuidados de día para adultos, especialmente en estos pacientes que están en una edad productiva que sufren de esta condición catastrófica.

Por eso es que la Asociación de Familiares y Enfermos de Ictus de Granada (2012) señala que la incapacitación producida por los accidentes cerebrovasculares es devastadora para el paciente y para su familia. Sin embargo, si se dispone de terapias que ayudan a rehabilitar a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular este puede mejorar significativamente. En la mayoría de los pacientes, la terapia física es la piedra angular del proceso de rehabilitación. Un terapeuta físico utiliza el adiestramiento, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo es con la intención de restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que los paciente que sufre de accidentes cerebrovasculares vuelvan a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse, y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro. Además otro tipo de terapia que incluye volver a aprender actividades del diario es la terapia ocupacional. La terapia ocupacional también incluye ejercicios y adiestramiento para ayudar a los pacientes a volver a aprender actividades cotidianas, tales como comer, beber y tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir, y el cuidado personal. El objetivo de este es apoyar al paciente a volver a autocuidado o alcanzar el nivel más alto posible de independencia.

INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA

A continuación se presentan las siguientes investigaciones relacionadas con el tema. Las mismas datan desde 1995 hasta la actualidad, donde se enfatiza la importancia del proceso de rehabilitación física en pacientes que han sufrido una aneurisma.

La primera investigación que ha de presentar fue realizada por la University of West Georgia Disclaimer (1995). La misma fue de tipo documental combinada con el diseño de estudio de caso, donde encontró en su estudio realizado en la década de 1990, que se estimaba que aproximadamente 30.000 personas en los Estados Unidos sufren una ruptura de aneurisma cerebral cada año. También encontraron que si cinco personas sufren una hemorragia hoy en día, en un año, sólo uno estará vivo y bien. Una persona quedará inhabilitada y tres estarán muertos. En el estudio se presenta el estudio de caso de una mujer, activa y saludable de supervivencia 49 años de aneurisma, esposa, madre, hermana, amiga, enfermera de sala de emergencia. Según relata la participante se evidencia la importancia del proceso de rehabilitación temprana. Esta dice:

"Recientemente, me encontré a una pulgada de mi vida y fue un acontecimiento crucial. Me encontré con mi mortalidad, morbilidad, incapacidad potencial y lo peor de todo, la dependencia, por eso, las enfermeras son los héroes anónimos. Debido a que realmente tenía el

cuidado de enfermería meticoloso e intensivo. Agradecida a todos y cada uno me he encontrado en mi diagnóstico, tratamiento y recuperación. La rehabilitación es un proceso que lleva un equipo de personas que trabajan para y con el paciente, la identificación de los problemas y las soluciones a los déficits con el fin de regresar a la integridad. El equipo incluye un médico, enfermeras, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y del lenguaje, terapeutas recreativos, un terapeuta de rehabilitación cognitiva, un psicólogo y un administrador de casos en un entorno seguro y protegido. Después de su hospitalización en el Bryn Mawr de Rehabilitación, entré en el programa de tratamiento ambulatorio de 9:30am-3:00pm todos los días durante 12 semanas".

Este programa resultó exitoso para la paciente, mejoró su calidad de vida y su grado de independencia. Los profesionales de la enfermería en este caso, sirvieron de enlace para los servicios ofrecidos y fueron parte esencial del proceso de recuperación de la paciente.

Mientras que Katati, Santiago, Saura, Jorques, Pérez, Martín, Mínguez, & Escamilla (2006), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con aneurismas intracraneales después de haber sido intervenido mediante cirugía o embolización y comparar la calidad de vida de estos dos grupos. El Material y métodos se utilizó el cuestionario SF-36 fue aplicado retrospectivamente a 93 pacientes con aneurismas tratados mediante cirugía (n=56) o embolización (n=37). Los Resultados de la calidad de

vida de los pacientes tratados quirúrgicamente estaban deteriorada en el 50% y en los pacientes tratados por embolización el 40,5% no ilustraron ningún deterioro en ninguno de los dominios del SF-36. Los análisis muestran que el dominio de la función física está menos deteriorado en los pacientes que han sido tratados por embolización que los que han sido intervenidos quirúrgicamente. En Conclusión los pacientes con aneurismas intracraneales tratados mediante cirugía o embolización afecta su calidad de vida. El tratamiento endovascular podría causar menos limitaciones en la función física. La calidad de vida de estos pacientes influyen varios factores, y del tratamiento.

Dos años más tarde, Martínez (2008) en su estudio con pacientes con aneurisma demostró la importancia que tiene en el paciente la rehabilitación en el hogar en las personas que padecen de enfermedades cerebrales y cerebro vasculares. Para estos pacientes se presenta un sistema de ejercicios rehabilitadores que apoyados en la Terapia Ocupacional en el hogar desarrolla el tono y la fuerza muscular. A través de esta forma se logra la incorporación del paciente a una vida social.

Por su parte, Gaboda, Lewis, Nova, Brownlee, & Fisher (2009) desarrollaron un estudio en la División de Nueva Jersey de Servicios de Discapacidad (DDS) y Centro Rutgers de Política de Salud del Estado (CSHP) para investigar las necesidades de las personas con lesión cerebral traumática (LCT) y determinar qué servicios están disponibles en la actualidad. CSHP realizado tres encuestas: Una encuesta de Personas con TBI y sus familias, el estado encuesta de la agencia de la LCT. Servicios y apoyo, y la Encuesta de

Proveedores de Servicios de TBI y de apoyo. Las tres encuestas se han desarrollado con una aportación sustancial de los miembros de la New Jersey Comité consultivo para la lesión cerebral traumática. Las encuestas de la organización se enviaron entre enero y febrero de 2007, y tuvo una tasa de respuesta del 34%. La encuesta individual se envió entre junio y agosto de 2008, utilizando el correo, web, y las opciones del teléfono en Inglés y Español, y tenía una tasa de respuesta del 32,9% (659 individuos). Los participantes en la encuesta individual eran predominantemente las edades 18-64, alrededor del 72% eran blancos no hispanos, 13% eran no-Hispano Negro, y eran casi el 10% Hispana. Casi la mitad de los participantes se describieron como tener un cerebro severa lesiones, y aproximadamente 1/3 se describe como teniendo una lesión cerebral moderada.

Según los datos, más de la mitad de los participantes vivían en una casa o un apartamento que era propiedad de ellos o un miembro de la familia o un amigo, otro 26% estaban viviendo en una casa alquilada, condominio o apartamento. Casi 2/3 de los mayores de 65 años vivía sólo con una pareja mayor, y el 8,2% de los mayores de 46 a 64 vivían con su padre (s). Además, 2/3 de los quien dijo que necesitaban ayuda para la vivienda o de modificaciones en el hogar no recibió estos servicios. Más de la mitad de los participantes dijo que su cobertura de salud no era suficiente para sus necesidades relacionadas con su lesión cerebral y no se incluyen los servicios necesarios tales como el habla la terapia, terapias cognitivas, terapia visual, y entrenamiento en habilidades sociales. Fuera de su bolsillo costos de los servicios eran muy caros,

incluso para aquellos con cobertura. Algunos servicios eran necesarios por la mayoría de las personas que participaron, Productos farmacéuticos (75,4%), Servicios médicos (66%), Entrenamiento cognitivo (64,6%), Manejo de casos (61,8%), Terapia ocupacional / física (61,6%) Asesoramiento individual (54,5%), psicología / psiquiatría (52,5%), Servicios dentales (51,1%).

Un año más tarde, Agramonte, & Farres (2010) realizaron una investigación documental con el fin de evaluar la influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de la salud. Se consideró la importancia de utilizar todos los recursos necesarios y disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, sus familias y el equipo de salud durante las actividades realizadas para este fin. Este era un elemento esencial del desarrollo de capacidades, competencias relacionales y espirituales se manifiestan al profesional de enfermería en el discurso, centrado en los valores morales de formación profesional y de alta, expresados como rasgos de la personalidad del profesional. La calidad nos llama a satisfacer las demandas de equipo de paciente, la familia y la salud, para complementar con las normas, procedimientos, reglas institucionales y el sistema, siendo la excelencia de todos los esfuerzos para lograr resultados favorables con el menor costo posible, es trabajar con la gente bajo nuestro cuidado a medida que sería tratar de nosotros mismos. Llevar la calidad de la atención de la salud como objetivo compartido por los profesionales que debido a esto. Llegamos a la conclusión de que una gestión cuidadosa contribuye a la calidad de la atención sanitaria, siempre que su objetivo maníaco es satisfacer las necesidades de los usuarios soluciones

técnicamente óptimas en matemáticas conscientes del compromiso particular, hemos asumido formalmente a la sociedad para atender a los más vulnerables la participación del corazón, mente y todo su ser.

Luego, Last Vini (2011) realizó un estudio de caso de un paciente con aneurisma cerebral. Para el autor, muchos sobrevivientes de la rotura de aneurismas cerebrales tienen experiencias muy diferentes y los resultados. Para las familias de los sobrevivientes de la ruptura de aneurisma cerebral, puede venir a través de momentos en los que se ven obligados a tomar decisiones muy difíciles, y tratar con las circunstancias que usted pudo nunca haber imaginado antes de tal evento. Estos cambios no son necesariamente permanentes. Para las personas que sobreviven a la ruptura de aneurisma cerebral, es posible que necesite más ayuda de lo que se utilizaban anteriormente o más de lo que están dispuestos a aceptar. Esa ayuda es crítica y debe beneficiarse de manera significativa. Puede ser en forma de terapia física, una enfermera a domicilio, una estancia temporal en un centro de enfermería especializada, o un centro de rehabilitación.

Un año después, Heechin (2012) encontró en otra investigación tipo estudio de casos, que los individuos con lesión cerebral a tratar la rehabilitación de los programas de una lesión cerebral abierta y cerrada traumática (LCT), encefalopatía anóxica o hipóxica, y los aneurismas, así como a nivel de estado de coma y de los pacientes en coma-emergentes. Estos pacientes necesitan una rehabilitación intensiva para hacer frente a importantes desafíos físicos, cognitivos y emocionales. La lesión cerebral Programa de Rehabilitación

fomenta la participación de la familia en la rehabilitación. En las primeras fases de la atención, el equipo de rehabilitación se desarrolla un plan de tratamiento con el paciente y su familia. El programa continúa después del alta, con la atención domiciliaria, tratamiento ambulatorio, y el apoyo a la reintegración en la comunidad. Grupos de apoyo de TBI están disponibles en el hospital. Un equipo multidisciplinario utiliza muchos estímulos para ayudar a cada paciente para mejorar el estado de alerta, la posición del cuerpo, y el tono muscular.

RESUMEN

La revisión de literatura evidencia la importancia de cómo la rehabilitación es un elemento esencial para la recuperación del paciente con aneurisma. El paciente debe estar claro en todo este proceso y debe estar involucrado en el diseño de tratamiento. Los manejadores de casos son profesionales esenciales en este de planificación y diseño de tratamiento. Una de las definiciones más aceptada es el rol del manejador de caso incluye la evaluación de las necesidades tanto del paciente como las de la familia y este coordina, evalúa y apoya con un plan de servicios para satisfacer las múltiples necesidades de cada paciente y su familia (UCSD Mother, Child & Adolescent HIV Program). Investigaciones como la planteada por Torres Esperón (2007) y Kanter (1989) describen la labor del "case manager" en proporcionar servicios de integración de servicios de salud a un bajo costo sin menoscabar la calidad del cuidado de los pacientes. Estos autores evidencian que cuando el manejador de caso es el líder del proceso del cuidado del paciente el mismo tiene una mejor recuperación y una salida temprana al hogar, con el mínimo de complicaciones y con la

independencia requerida hasta donde el paciente pueda. A pesar de la importancia del rol del manejador de caso en los servicios que se pueden brindar al paciente con aneurisma no se ha fomentado el uso de este profesional en Puerto Rico. De hecho, en la revisión de literatura revisada en Puerto Rico no se han identificado estudios relacionados con la variable propuesta.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta la metodología que se llevó a cabo en este estudio. En el mismo se describen entre otros temas: el diseño, población, instrumento, procedimiento y como se han de proteger los derechos humanos de los participantes. Esta metodología fue desarrollada a base de las recomendaciones hechas por Polit y Hungler (2000), con el propósito de cumplir con estos objetivos de investigación: 1) Determinar la importancia del rol del manejador de caso en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma. 2) Determinar la relación que existe entre la rehabilitación física del paciente con aneurisma y su progreso en su condición. 3) Determinar la importancia de identificar cuando el paciente con aneurisma necesita el tratamiento de rehabilitación física en vez de un tratamiento farmacológico.

DISEÑO

El diseño de este estudio responde a uno de naturaleza positivista, es cuantitativo de tipo descriptivo correlacional. Según Polit y Hungler (2000) el diseño de investigación constituye el plan general del investigador para dar respuesta a sus interrogantes o para probar su hipótesis. El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable.

Este estudio se considera diseño descriptivo-correlacional, como uno apropiado para este tipo de investigación, ya que según Polit y Hungler (2000)

los diseños correlacionales/causales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones de las variables individuales y luego describe las relaciones de estas variables, sean éstas puramente correlacionales o causales. En este estudio se trata de describir la importancia del rol de manejador de casos en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación del paciente con aneurisma. También se trata de establecer la relación de esta decisión (rol del manejador) y el resultado de la rehabilitación física del paciente.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio son profesionales de enfermería que se dedican a la labor de manejadores de casos y quienes sirven de enlace al paciente con aneurisma para obtener servicios de rehabilitación en un centro que atiende este tipo de condiciones en un hospital de la zona metropolitana de San Juan. La muestra fue de unas 11 profesionales que se dedican a esta labor, las mismas se seleccionarán, haciendo uso de una técnica no probabilística. Según Polit y Hungler (2000) el muestreo no probabilístico tiende a generar muestras menos precisas y representativas que el probabilístico. La mayor parte de las muestras de investigación de la salud son no probabilísticas, la cual tiene tres métodos principales: por conveniencia, por cuotas e intencional. Dicha muestra fue tomada por disponibilidad de los sujetos, es decir, por conveniencia. Según Polit y Hungler (2000) las muestras por disponibilidad son, la técnica de selección es una no probabilística. Esta muestra es de tipo no aleatoria.

Criterios para la selección de la muestra:

1. El profesional de enfermería debe ser manejadora de caso
2. La manejadora de caso debe estar a tiempo completo
3. La manejadora de caso debe tener un grado de bachillerato o Asociado
4. Deben manejar pacientes con aneurismas

Criterios de exclusión

1. El profesional de enfermería (manejadora de caso) a tiempo parcial
2. La manejadora de caso por contrato
3. La manejadora de caso tenga un grado menos de asociado
4. No manejan pacientes con aneurismas
5. Personal administrativo (supervisores)

INSTRUMENTO

En la investigación se recopilaron los datos a través de un cuestionario desarrollado por la investigadora a base de la revisión de literatura relacionada con el tema de estudio. Se desarrolló un cuestionario titulado: *Cuestionario para medir el rol del manejador de casos de enfermería en la intervención con pacientes de aneurisma*. El mismo fue desarrollado basado en la revisión de literatura relacionada con el tema. Está compuesto de tres partes: La primera será datos socio-demográficos, la segunda y tercera se medirán las variables del estudio.

La primera parte está creada para medir los datos socio-demográficos como la edad, genero, preparación académica, estado civil y empleo. Está compuesta de 8 premisas. En esta sección del cuestionario los participantes seleccionarán por medio de una marca de cotejo aquellas respuestas que se

ajusten a su realidad. Estas serán tabuladas y analizadas a través de un análisis descriptivo, sumatoria de frecuencias, porciento y promedio donde aplique.

La segunda parte medirá la variable el rol de la manejadora de caso. Donde se le pregunta aspectos relacionados con en la intervención con paciente de aneurisma e identificar la necesidad de pacientes que necesitan rehabilitación física, luego de una aneurisma, entre otras. Esta sección está compuesta de 6 premisas, donde el participante seleccionará las respuestas de cada una haciendo uso de una escala de 4: Siempre, Casi Siempre, Raras Veces, Nunca. Esta parte del cuestionario al igual que la anterior se aplicará la estadística descriptiva para medirla haciendo uso de la sumatoria de frecuencia y el porciento en cada categoría según la escala provista.

La tercera parte mide la variable importancia del rol del manejador de caso y el proceso de rehabilitación física en el paciente luego de una aneurisma. Esta sección hace preguntas tales como: cuán importante es el manejador en la rehabilitación del paciente, cuál es el beneficio de la rehabilitación en el paciente, entre otras. Esta parte se compone de 9 premisas. Algunas de ellas con escalas, otras con respuestas dicotómicas, en las que se requiere al participante marcar la respuesta con una marca de cotejo. Una vez seleccionadas las respuestas estas se tabularán, haciendo uso de la estadística descriptiva aplicable, como: sumatoria de frecuencia, porciento y promedio.

La investigadora cree que el instrumento es el más adecuado y útil para el estudio propuesto, ya que de acuerdo con Polit y Hungler (2000) un cuestionario facilita la recolección de los datos y agiliza los procesos de medición de

variables, especialmente cuando se cuenta con instrumentos de medición estructurados para los constructos de interés o las variables del estudio.

Validez y confiabilidad del instrumento

El cuestionario para recopilar los datos del estudio se sometió a un proceso de validación de contenido. De los métodos existentes se va a utilizar el panel de expertos según lo establece Lawshe (1975). El método Lawshe elaboró un procedimiento para la cuantificación de la validez de contenido a través de la prueba de jueces. La interrogante central que el autor se plantea responder es la siguiente: el reactivo o ítem propuesto ¿logra dar cuenta de la habilidad o conocimiento que busca medir?, y en este sentido es: esencial, útil pero no esencial o, no necesario. Donde se puede utilizar una revisión cualitativa y cuantitativa. En el caso de la revisión cualitativa se determina a través de las opiniones que emiten los jueces, si las instrucciones del cuestionario son apropiadas, concisas y completas, y si los reactivos fueron claros. La evaluación cuantitativa consiste en establecer un índice numérico para la validez de contenido del cuestionario, utilizándose la fórmula y metodología propuesta por Lawshe y perfeccionada por Veneziano y Hooper, que cuantifica el grado de consenso del panel de expertos para cada reactivo del cuestionario; cada miembro del panel evalúa cada reactivo del cuestionario y determina si es representativo del concepto que el instrumento pretende medir. Los miembros deciden si cada reactivo es: "esencial", "útil pero no esencial" o "no necesario o no esencial" para lograr el objetivo del cuestionario. Las respuestas de los panelistas se agrupan y se contabiliza el número de panelistas que calificaron el

reactivo como "esencial". Se procede a obtener el índice de validez de contenido (IVC) para cada reactivo:

$$IVC = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Donde n_e es el número de panelistas que indicaron el reactivo como "esencial" y N es el total de panelistas. El IVC es una medición estadística que permite determinar si el reactivo se elimina o se retiene en el cuestionario. Cada reactivo que resulte menor al valor esperado de acuerdo al número del panel de jueces según muestra la Tabla 3 se elimina. Los valores del IVC son los reactivos que pasan la prueba de validación.

Tabla 3. Valores probables de validación de contenido de acuerdo con el número de jueces.

Número de Panelistas	Valor Mínimo
5	.99
6	.99
7	.99
8	.75
9	.78
10	.62
11	.59
12	.56
13	.54
14	.51

Resultados de la Validación

El proceso de validación fue llevado a cabo por cinco jueces expertos en el tema, tres doctores uno en rehabilitación, un neurólogo, uno en enfermería, y dos especialistas clínicos en enfermería una en adultos y viejos y otra en manejo de casos. Los jueces evaluaron el contenido del cuestionario y juzgaron el mismo a base de las variables que la investigadora deseaba medir con dicho instrumento. Estos hicieron varias recomendaciones que para que fueran acogidas por la investigadora y pudiera el cuestionario cumplir con las expectativas esperadas. Según Lawshe un cuestionario que ha sido evaluado por cinco jueces debe cumplir con 99 centésimas como mínimo para poder pasar la prueba de validación.

Los cambios recomendados por los jueces fueron los siguientes: en términos generales los jueces indicaron que se coloque una introducción general para el cuestionario, corregir errores ortográficos y dar instrucciones individuales a cada sección del cuestionario. En la sección 1, sobre datos socio-demográficos recomendaron eliminar las opciones de grado asociado de la premisa #4 ya que la muestra es de bachillerato en adelante. Recomendaron eliminar la premisa #5 sobre el área donde reside el participante, ya que es irrelevante para el estudio. Igualmente, recomendaron eliminar la premisa #8 sobre el tipo de jornada por horas, ya que los participantes tienen que ser a tiempo completo. También se recomendó eliminar la premisa #10 sobre el tipo de contrato que tiene el participante, ya que se considera irrelevante para el estudio. Finalmente, en esta sección los jueces recomendaron añadir una

premisa para que midiera cuánto tiempo lleva trabajando con pacientes con aneurismas.

En la sección 2 relacionada con el rol del manejador de caso, recomendaron colocar en forma de columnas las premisas, ajustar las escalas a una sola para evitar confusión en los participantes, la escala recomendada fue de frecuencia: siempre, casi siempre, raras veces, o nunca. Se recomendó eliminar la premisa #1 de esta sección, ya que se recoge en una pregunta en la sección uno sobre la experiencia en el manejo de pacientes con aneurismas. También se recomendó dividir la sección 2 en dos partes para medir la importancia del rol del manejador de caso y el proceso de rehabilitación separada del rol general que realiza todo manejador de caso. En la premisa #8 se recomienda un cambio de la escala a una de SI y NO, al preguntar si era necesario el manejador de caso en las instituciones hospitalarias. Se recomienda un cambio de la escala de la premisa #9 relacionada a cuán importante es la intervención del manejador de caso por: Muy importante hasta No es importante. Finalmente, indicaron que se añadan por los menos 4 premisas para medir el proceso de rehabilitación del paciente con aneurisma y cómo incide el manejador de caso en este proceso. Por ejemplo, puede ser por porcentaje de recuperación, puede ser el porcentaje que ha recibido terapia y se ha beneficiado de la misma, entre otras.

Una vez evaluado el cuestionario por los jueces al mismo se la aplicó la fórmula de Lawshe, en cada una de las secciones. Fue necesario modificar el cuestionario para alcanzar la validación del mismo. Se hicieron los cambios de

las premisas con errores ortográficos, se clarificaron aquellas premisas que así lo solicitó el panel de jueces, y se subdividió la sección 2 del cuestionario según solicitado junto con los cambios de escalas. Además, se le añadieron las premisas solicitadas y se eliminaron aquellas premisas que se identificaron como innecesarias para el estudio. De acuerdo a los datos, la primera sección del cuestionario pasó la prueba de validación con 99 centésimas según requeridas. Sin embargo, la segunda parte del cuestionario no pasó la prueba de validación. Solo alcanzó un .80 cuando lo mínimo requerido para cinco jueces son 99 centésimas. En general el cuestionario alcanzó un .90 al aplicar la fórmula mencionada, lo que significa que el cuestionario no pasó la prueba de validación. El resumen de los resultados de la validación se presenta en la tabla 4, la cual se presenta a continuación.

Tabla 4. Características del Cuestionario evaluadas utilizando la técnica de Lawshe.

Dimensiones del cuestionario	Cantidad de ítems		Validez de contenido		Número de premisas a eliminar o añadir
	Antes	Después	Antes	Después	
Datos socio demográficos	10	8	.99	.99	Eliminar las premisas #5, #8, #10, y se añade una premisa.
Datos el rol del manejador de caso y el proceso de rehabilitación	10	15	.80	.99	Se elimina la premisa #1, se añaden 6 premisas nuevas
Cuestionario	20	23	.90	.99	Ver recomendaciones y modificaciones del cuestionario

Como se puede apreciar el cuestionario original no pasó la prueba de validación, esto hizo necesario modificar el mismo. Con todos estos cambios, el

cuestionario sufrió alteraciones especialmente en el número de respuestas, no en el número de premisas. El cuestionario original tenía 20 premisas, mientras que la versión final cuenta con 22 premisas. Esto hizo que el cuestionario alcanzara una validez de 0.99 centésimas, lo que supone de acuerdo con Lawshe (1975) que el cuestionario es una válido para medir las variables del estudio para el cual fue creado. La versión modificada fue la que se presentó al IRB del Sistema Universitario Ana G. Méndez.

PROCEDIMIENTO

Para la realización de este procedimiento se siguieron las recomendaciones hechas por Polit y Hungler (2000) y la Junta de Cumplimiento (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM), las cuales se aplican en este tipo de investigaciones. Para este estudio, la propuesta del mismo se sometió al IRB del SUAGM para su aprobación. También se solicitó autorización a la Directora de Enfermería del hospital donde se llevó a cabo el estudio. A esta se le presentó el propósito del estudio y la necesidad de realizar el mismo como parte de un proyecto académico. Una vez recibida la autorización de ambas entidades, se procedió a coordinar el proceso de reclutamiento de los posibles participantes. Este se dio en la reunión mensual del personal de enfermería celebrada en el salón conferencia de la institución ubicado en el primer piso de la misma. Una vez finalizada la reunión se le dio la oportunidad a la investigadora a presentar su estudio. Previo a dicha presentación, el personal administrativo del hospital abandonó el salón mencionado, ya que estos no estuvieron presentes durante el reclutamiento, ni en el proceso de recopilación

de datos. La investigadora presentó el proyecto a realizar a los presentes y en qué consistía el mismo. Aquellos que estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente permanecieron en el salón conferencia, los demás salieron del salón sin temor a represalias de parte de la investigadora. Una vez ocurrido esto, la investigadora procedió a entregar el consentimiento informado a los presentes con un sobre, para que los participantes una vez consientan con la firma del documento en participar voluntariamente en el estudio lo coloquen en el mismo para ser entregado a la investigadora. Una vez entregado los consentimientos le fue entregado el instrumento desarrollado por la investigadora a los participantes. Este proceso se llevó a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando la decisión del sujeto en formar parte o no del estudio. La investigadora por trabajar en la institución donde se realizó el estudio y para minimizar el impacto de un posible conflicto de interés, realizó lo siguiente: Una vez recogido los consentimientos y entregado los cuestionarios, esta abandonó el salón de conferencias asignado para el estudio y procedió a estar disponible vía telefónica para contestar dudas a los participantes. Los participantes del estudio una vez completen el cuestionario o lo dejen sin completar depositaron el mismo en una urna ubicada al lado del ponchador del hospital en un sobre sellado provisto para este propósito. Ese mismo día al finalizar el turno del personal la investigadora procedió a recoger la urna donde estaban depositados los cuestionarios para su tabulación y análisis.

PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

La investigadora para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante su estudio de investigación tomó las certificaciones del IRB, RCR e HIPAA relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad, protección de la identidad. Se le explicó a los sujetos que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento se consideraba mínimo. El potencial a riesgo real físico, psicológico, social, legal o de otra índole era mínimo incluyendo el de la investigadora. El riesgo potencial de los participantes era sentirse levemente cansados al completar el instrumento.

La investigadora durante el reclutamiento proveyó a los participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cuota determinada de los participantes. El consentimiento informado describe el propósito del estudio, cuan largo es el instrumento y el tipo de preguntas que se realizaron. La aprobación del estudio lo hizo el IRB del SUAGM y se esperó por la autorización de parte del hospital donde se llevó a cabo el estudio para la administración del cuestionario. El participante podía retirarse del estudio en el momento que este lo deseara, sin ser coaccionado por la investigadora. Se le explicó de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia de la misma, ya que los participantes no recibieron compensación económica. La investigadora estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio vía telefónica.

La investigadora por trabajar en la institución donde se realizó el estudio y para minimizar el impacto de un posible conflicto de interés, hizo lo siguiente: Una vez recogido los consentimientos y entregado los cuestionarios, esta abandonó el salón de conferencias asignado para el estudio y procedió a estar disponible vía telefónica para contestar dudas a los participantes. Los participantes del estudio una vez completen el cuestionario o lo dejen sin completar depositaron el mismo en una urna ubicada al lado del ponchador del hospital en un sobre sellado provisto para este propósito. Ese mismo día al finalizar el turno del personal la investigadora procedió a recoger la urna donde estaban depositados los cuestionarios para su tabulación y análisis.

De recibir algún daño los participantes serían atendidos sin costo alguno en las facilidades de las clínicas que determine el SUAGM de Puerto Rico. De hecho, el riesgo de participar en esta investigación era mínimo, consistía en llenar un cuestionario en el cual algunos participantes podían expresar cansancio durante el proceso de cumplimentar el mismo. No hubo efectos adversos durante y luego del estudio.

Además, de entender los participantes, que le han sido violados sus derechos se le proveyó el número de teléfono de la Oficina del IRB del SUAGM para que se comunicaran cuando éstos lo deseen. La investigadora proveyó su número de teléfono para cualquier duda o pregunta que surja de parte de algún participante, luego de haber formado parte del estudio y concluido el proceso de recolección de datos en el hospital bajo estudio. Una vez recolectado los cuestionarios de la urna, estos fueron custodiados por la investigadora. El

consentimiento fue guardado en sobre sellado separado de los cuestionarios para garantizar la objetividad y pureza del proceso. Esto con la idea de que la información provista en el consentimiento como fechas y firmas no se conecte con la información provista por los participantes en el cuestionario durante y después de la investigación. Ambos, documentos fueron guardados bajo llave en un lugar seguro hasta el tiempo máximo determinado por el IRB. En este caso, fueron guardados en la residencia principal de la investigadora en un archivo bajo llave, donde solo la investigadora tiene acceso. Estos documentos (cuestionario y consentimientos) fueron guardados en el lugar mencionado por cinco años. Una vez cumplido los cinco años la investigadora procederá a destruir los mismo haciendo uso de una trituradora de papel. El estudio está garantizado por lo que se les asegura a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico que se ha de utilizar en este estudio fue la estadística descriptiva y de tendencia central como lo es el porcentaje, frecuencia y promedio. En caso de los datos sociodemográficos los mismos se analizaron mediante estadísticas descriptivas de sumatoria de frecuencia, porcentaje y promedio. Para los objetivos de investigación 1 y 3 se utilizó la frecuencia, el promedio y el porcentaje. El análisis descriptivo según Polit y Hungler (2000) es

la estadística descriptiva se utiliza para describir y sintetizar datos; los promedios y porcentajes corresponden a esta categoría.

Mientras para el objetivo 2 se utilizó la estadística correlacional. En este caso para relacionar el rol del manejador de caso y el proceso de rehabilitación. La prueba correlacional que se ha de utilizar fue la de Pearson r . Según Polit y Hungler (2000) existen diferentes pruebas para verificar el ajuste de los datos a una distribución de probabilidad. Una de las más utilizadas de Pearson. Esta prueba permite relacionar dos o más variables, para determinar si una influye sobre otra. El grado de significancia para este estudio fue de 0.05.

RESUMEN

En este capítulo se presentó la metodología que se utilizó para este el estudio. Incluye el diseño que fue de tipo descriptivo-correlacional, cuantitativo. De acuerdo lo presentado en el capítulo la muestra escogida para este estudio fue de 11 manejadores de casos. Mientras que el instrumento estuvo compuesto de tres partes: La primera era datos demográficos, la segunda y tercera se medía las variables y el mismo fue desarrollado por la investigadora a base de la revisión de literatura relacionada con el tema. El estudio sigue el procedimiento y la protección de derechos humanos según lo establece el IRB del SUAGM, igualmente se siguieron las guías establecidas por Polit y Hungler (2000) para el desarrollo de este estudio, incluyendo la estadística que se ha de utilizar en el estudio. En esta investigación fue estadística descriptiva donde se incluyó la sumatoria de frecuencia, por ciento y promedio además se utilizó la correlacional.

CAPÍTULO IV

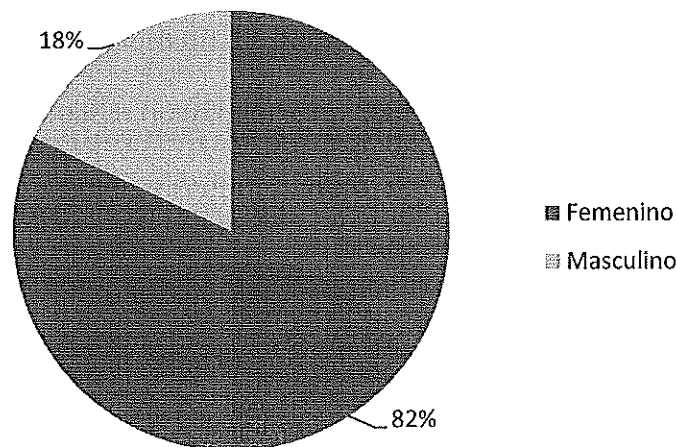
HALLAZGOS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los hallazgos y el análisis de los datos de este estudio. Los datos se presentan basados en los objetivos de investigación desarrollados por la investigadora. En este caso, el objetivo fue medir el rol del manejador de caso de enfermería en la intervención con pacientes de aneurisma.

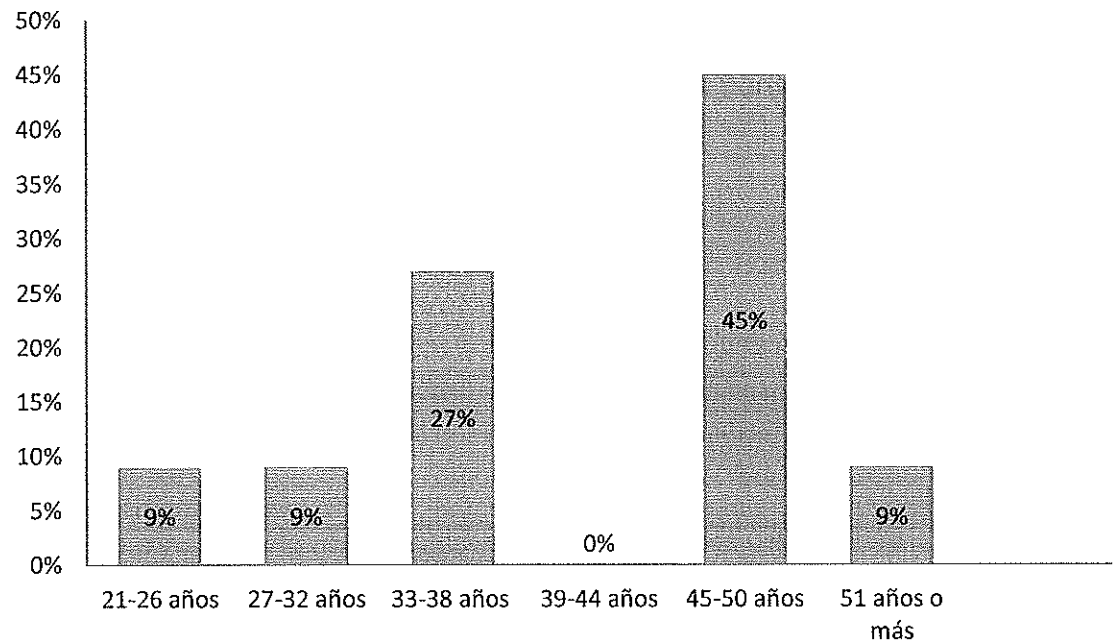
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICO

A continuación se presentan los datos socio-demográficos recopilados en el estudio de una muestra de 11 participantes que laboran como manejadores de caso en una institución hospitalaria en San Juan, Puerto Rico. Dichos datos se presentan en el siguiente orden: género, edad, estatus civil y nivel de educación.



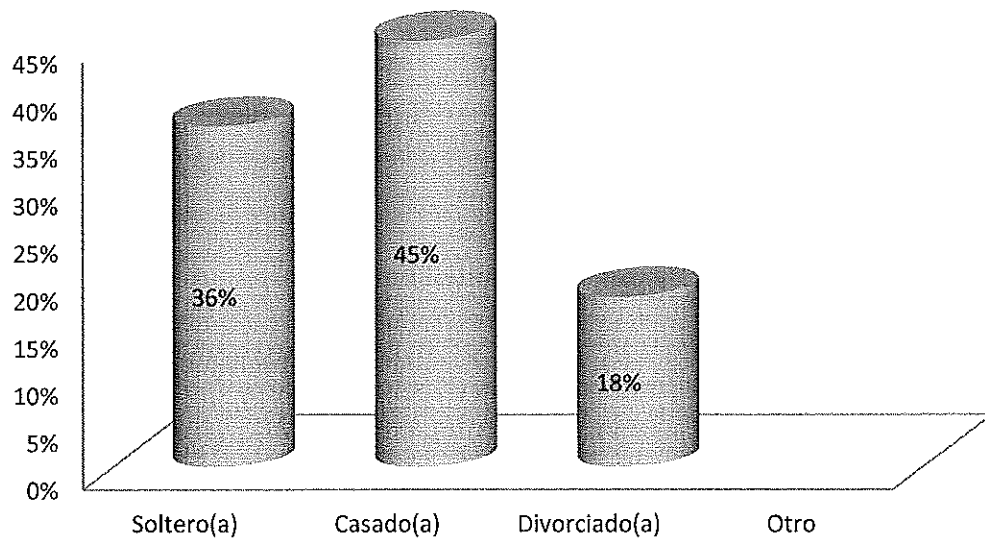
Gráfica 1. Distribución de los participantes por género.

La gráfica 1 presenta la distribución de la muestra por género. El 82% de los participantes son femeninos y un 18% son masculinos. Es decir, que los datos reflejan que prevalece el género femenino entre los participantes del estudio.



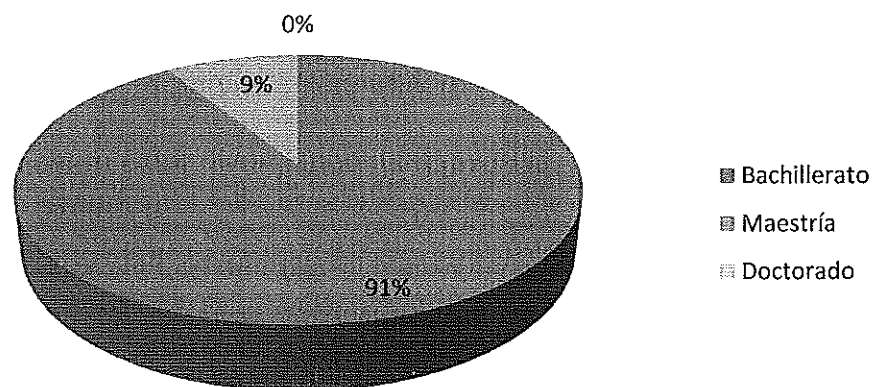
Gráfica 2. Distribución de los participantes por edad.

La gráfica 2 presenta la distribución de la muestra por edad. De acuerdo con los datos la mayoría de los participantes cuenta entre las edades de 45 a 50 años para un 45%, seguido de aquellos que cuentan con 33 a 38 años con 27%. Mientras que los grupos de edad de 21-26, 27-32 y 51 años o más obtuvieron un 9% cada uno respectivamente. En promedio los participantes tienen una edad de 44 años.



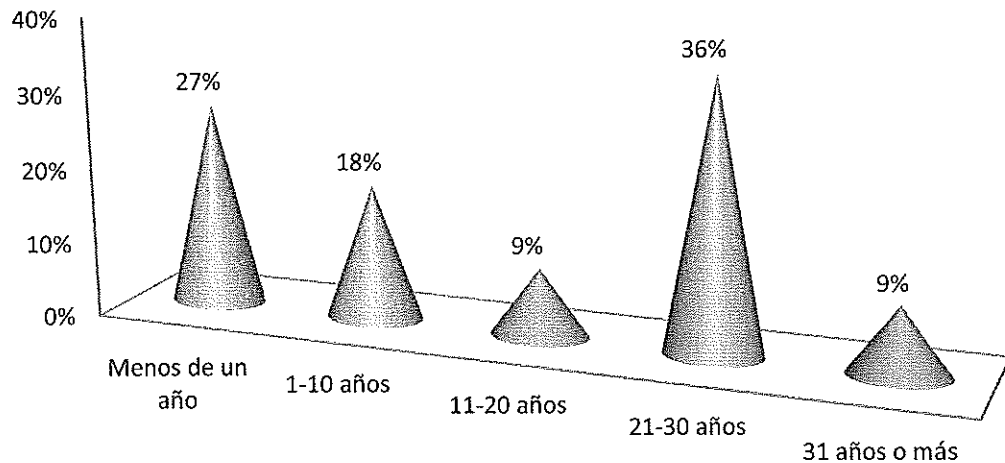
Gráfica 3. Distribución de la muestra por estado civil de los participantes.

En la gráfica 3 se presenta la distribución de la muestra por estado civil de los participantes. En esta se obtuvo lo siguiente: 5 participantes indican estar casado(a) para un 45%, 4 participantes refirieron estar soltero(a) para un 36%, 2 participantes indicaron estar divorciados para un 18%.



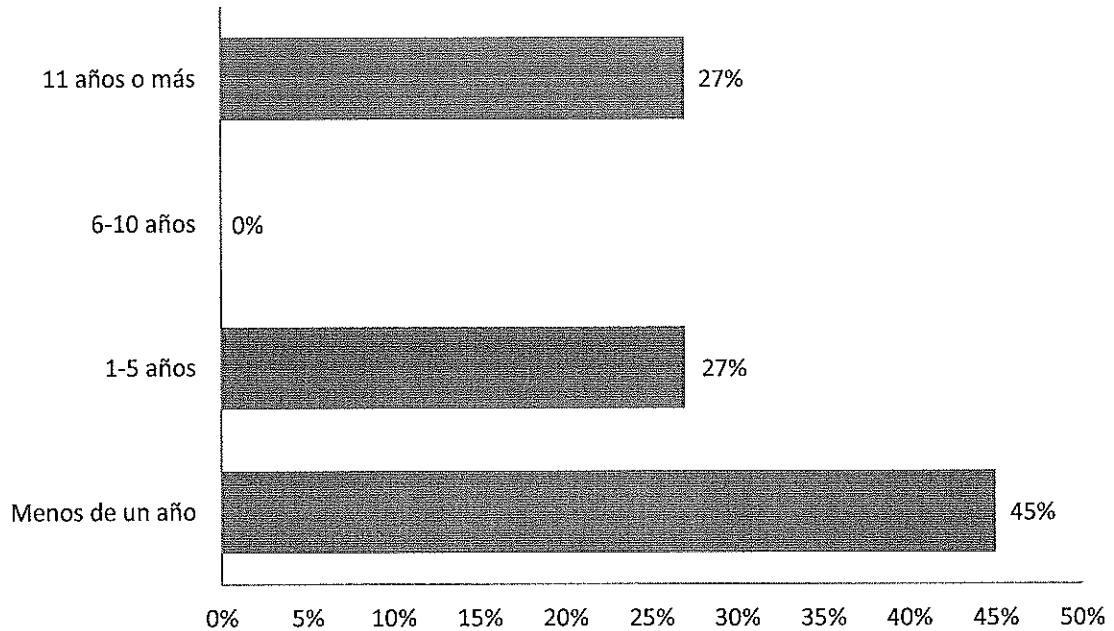
Gráfica 4. Nivel de escolaridad de los participantes.

En la gráfica 4 se presentan los resultados sobre el nivel de escolaridad de los participantes. Los datos evidencian que el nivel de bachillerato obtuvo un 91% y el nivel de maestría alcanzó un 9%.



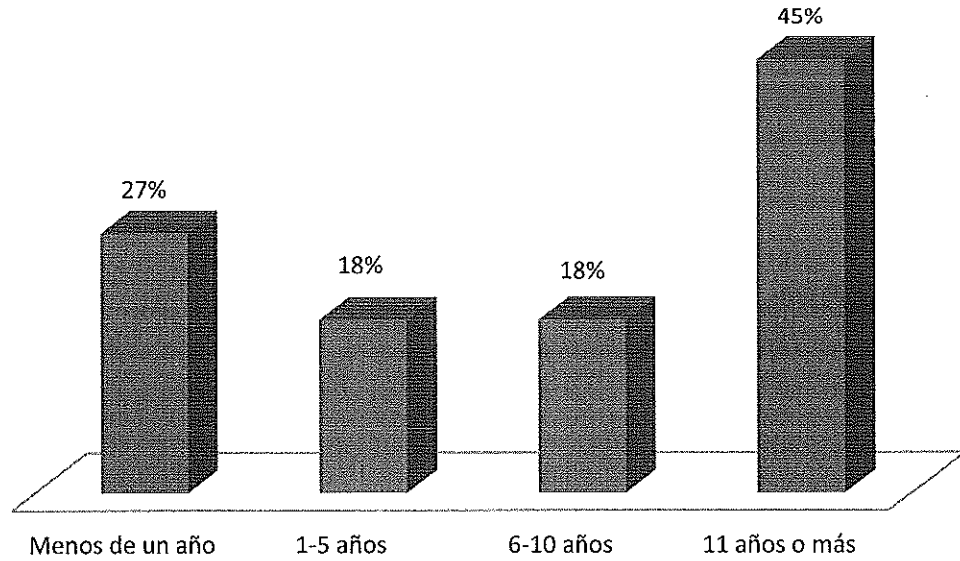
Gráfica 5. Distribución de la muestra por años en la profesión de enfermería.

La gráfica 5 presenta la distribución de la muestra por años de experiencia en enfermería. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 36% indicó tener entre 21-30 años de experiencia, 27% refirió tener menos de un año. Por otra parte, un 18% expresó tener entre 1-10 y en los renglones de 11-20 y 31 años o más de experiencia obtuvieron un 9% cada uno respectivamente. Los años promedio de experiencia de la muestra son 25 años.



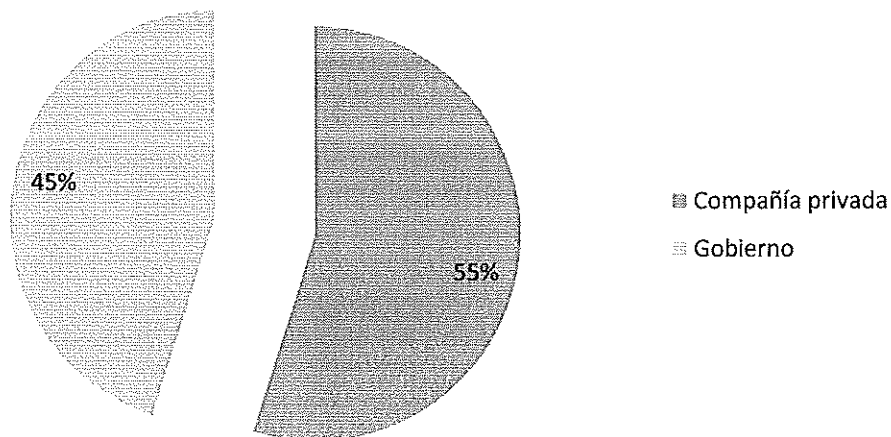
Gráfica 6. Distribución de la muestra por tiempo que lleva trabajando como manejador(a) de caso.

La gráfica 6 presenta la distribución de la muestra por tiempo que lleva trabajando como manejador(a) de caso. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, es decir, un 46% indicó tener menos de un año de experiencia y en los renglones por experiencia de 1-5 y 11 años o más obtuvieron un 27% cada uno.



Gráfica 7. Distribución de la muestra por tiempo que lleva trabajando con pacientes con aneurisma.

La gráfica 7 presenta la distribución de la muestra por tiempo que lleva trabajando con los pacientes con aneurisma. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 45% indicó tener 11 años o más, 27% menos de un año y en los renglones por experiencia de 1-5 y 6-10 años obtuvieron un 18% cada uno respectivamente.



Gráfica 8. Distribución de la muestra por concepto de para quien trabaja.

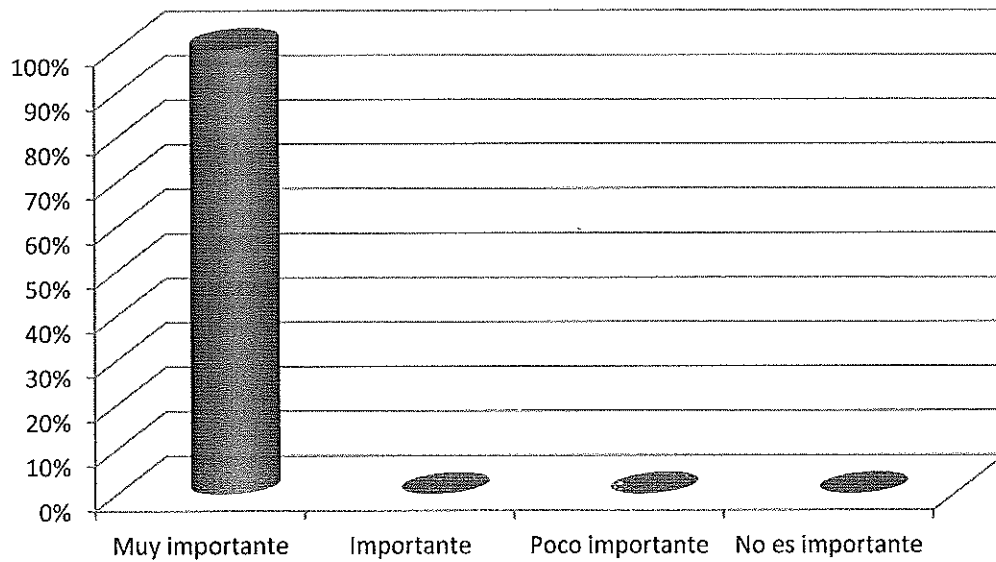
La gráfica 8 presenta la distribución de la muestra por concepto de para quien trabaja. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 55% indicó trabajar para una compañía privada y un 45% refirió trabajar para el gobierno.

Tabla 5. Rol del manejador(a) de caso de enfermería en la intervención con pacientes de aneurisma.

PREMISAS	Siempre		Casi siempre		Raras veces		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Ha intervenido con pacientes con aneurisma como manejador(a) de caso	6	55	4	36	1	9	0	0
2. Ha podido identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física	11	100	0	0	0	0	0	0
3. Ha tenido la oportunidad o experiencia en la toma de decisiones de tratamiento, (transición) en pacientes con aneurisma	9	82	2	18	0	0	0	0
4. Ha referido o ha consultado a un terapeuta físico PMR (Physical Medicine Rehab) para evaluar pacientes	3	27	2	18	1	9	5	45
5. Ha brindado recomendaciones a doctores para rehabilitación física sobre pacientes que han presentado aneurisma (problemas de movilidad)	10	91	1	9	0	0	0	0
6. Cuán importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación física	10	91	1	9	0	0	0	0

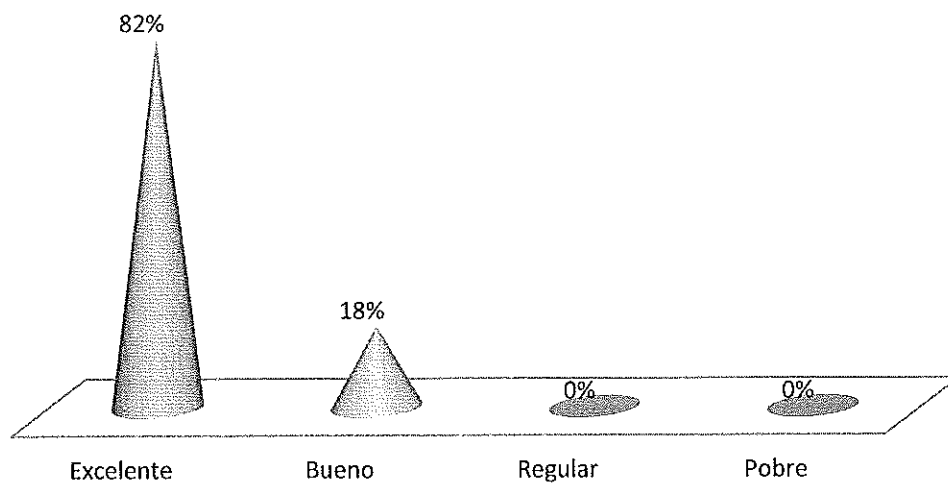
En la tabla 6 se presentan los datos generales sobre el rol del manejador(a) de caso de enfermería en la intervención con pacientes de aneurisma. Para la presentación de estos resultados solo se enfatizan aquellos datos más sobresalientes en cada una de las premisas, que servirán de base para analizarlos con la literatura más adelante. Los resultados obtenidos se detallan a continuación: En la premisa, #2 Ha podido identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física se obtuvo un 100% en siempre. Por otra parte, en las premisas #5 Ha brindado recomendaciones a doctores para rehabilitación física sobre pacientes que han presentado aneurisma (problemas de movilidad) y #6 Cuan importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación física ambas obtuvieron 91% en siempre. Mientras que en la premisa #3 Ha tenido la oportunidad o experiencia en la toma de decisiones de tratamiento, (transición) en pacientes con aneurisma alcanzo un 82% en siempre. Más adelante, en la premisa #1 Ha intervenido con pacientes con aneurisma como manejador(a) de caso se obtuvo un 55% en siempre. Por otra parte, en la premisa #4 Ha referido o ha consultado a un terapeuta físico PMR(Physical Medicine Rehab) para evaluar pacientes se obtuvo un 45% en nunca, un 27% en siempre y un 18% en casi siempre.

De acuerdo a los datos el rol que más frecuente ha hecho el manejador de caso es Identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física (100%) y el menos que ejecuta es Referir o ha consultado a un terapeuta físico PMR (Physical Medicine Rehab) para evaluar pacientes con un 27%.



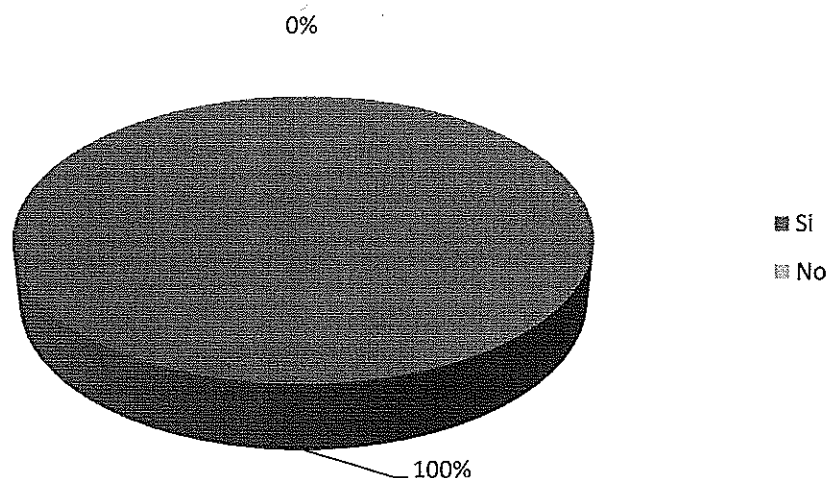
Gráfica 9. Distribución de la muestra por cuán importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación.

La gráfica 9 presenta la distribución de la muestra por cuán importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación. Los datos presentan que el 100% de la muestra refiere que es muy importante.



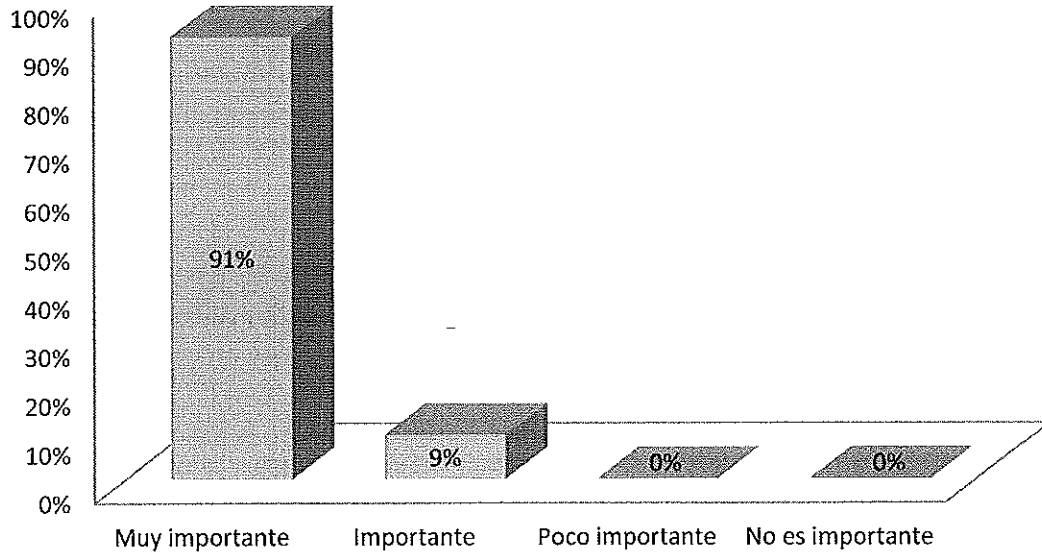
Gráfica 10. Distribución de la muestra por como clasifica la efectividad del rol del manejador(a) de caso en enfermería en su institución.

La gráfica 10 presenta la distribución de la muestra por como clasifica la efectividad del rol del manejador(a) de caso en enfermería en su institución. Los datos presentan que el 82% de la muestra refiere que es excelente y un 18% lo clasifica como bueno.



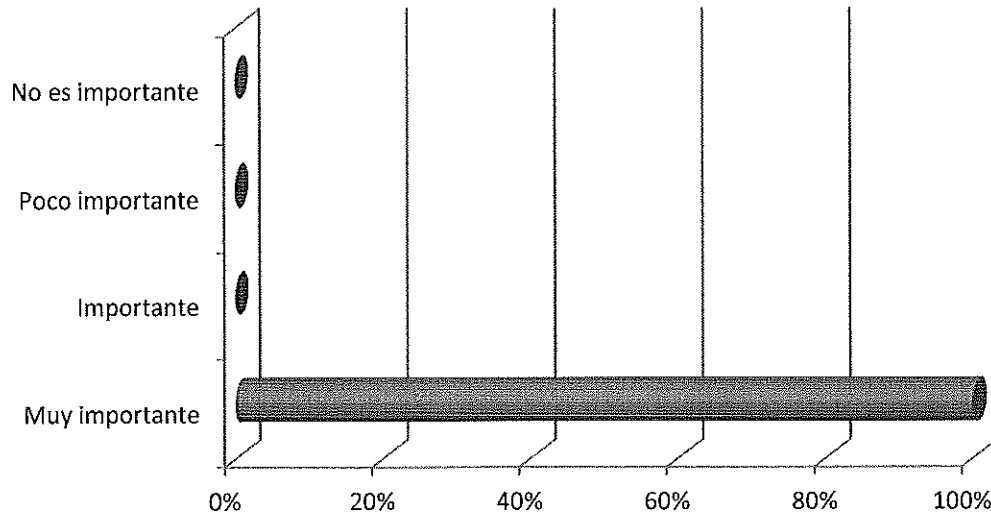
Gráfica 11. Distribución de la muestra por si es necesario un manejador(a) de caso en las instituciones hospitalarias.

La gráfica 11 presenta la distribución de la muestra por si es necesario un manejador(a) de caso en las instituciones hospitalarias. Los datos presentan que el 100% de la muestra refiere que si es necesario.



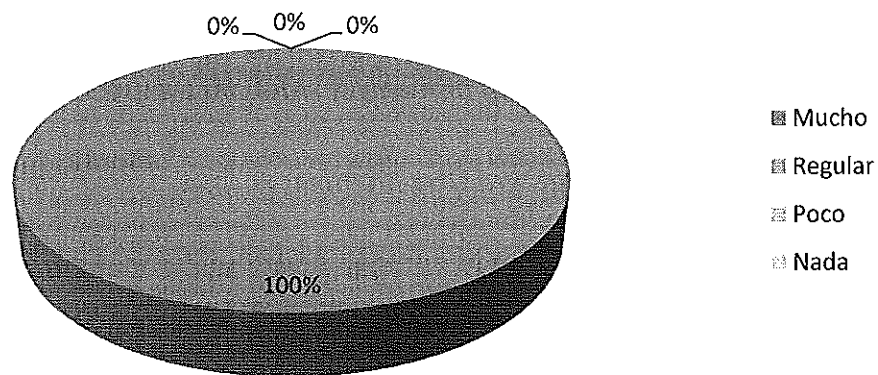
Gráfica 12. Distribución de la muestra por, de acuerdo a su percepción, de cuán importante o esencial es considerado el (la) manejador(a) de caso en su institución por el equipo de salud.

La gráfica 12 presenta la distribución de la muestra por, de acuerdo a su percepción, de cuán importante o esencial es considerado el (la) manejador(a) de caso en su institución por el equipo de salud. Los datos evidencian que el 91% de la muestra refiere que es muy importante y un 9% expreso que importante. En este renglón un participante opino que se debe de dar más orientación sobre las funciones de un manejador(a) de caso.



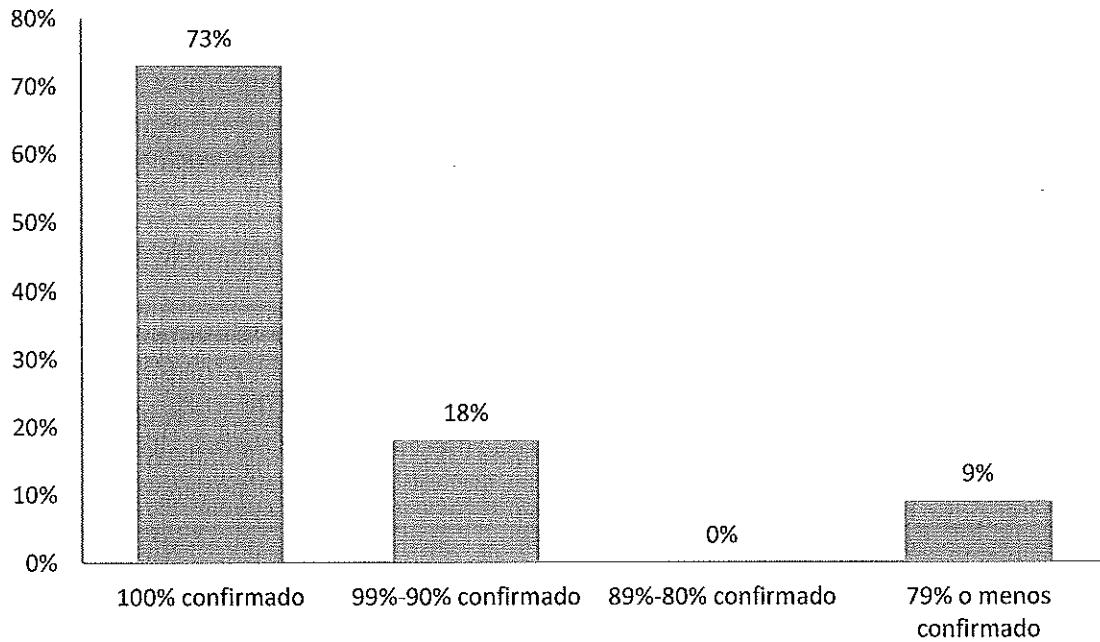
Gráfica 13. Distribución de la muestra de cuán importante es la intervención del manejador(a) de caso en el tratamiento (transición) del paciente con aneurisma.

La gráfica 13 presenta la distribución de la muestra de cuán importante es la intervención del manejador(a) de caso en el tratamiento (transición) del paciente con aneurisma. Los datos presentan que el 100% de la muestra refiere que es muy importante.



Gráfica 14. Distribución de la muestra de cuanto puede afectar al tratamiento del paciente la falta del rol del manejador(a) de caso de enfermería como parte del equipo interdisciplinario.

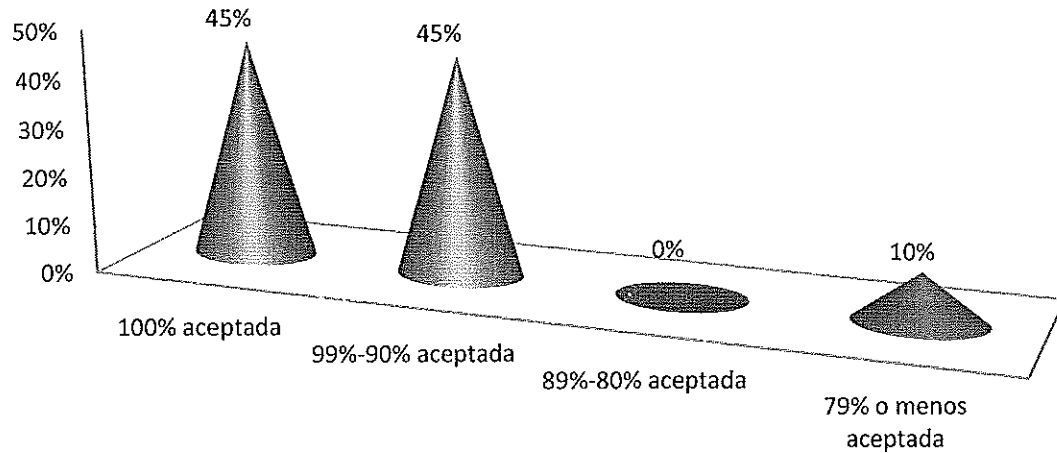
La gráfica 14 presenta la distribución de la muestra de cuanto puede afectar al tratamiento del paciente la falta del rol del manejador(a) de caso de enfermería como parte del equipo interdisciplinario. Los datos evidencian que el 100% de la muestra refiere que puede afectar mucho.



Gráfica 15. Distribución de la muestra por ciento de pacientes que ha referido al terapeuta físico PMR (Physical Medicine Rehab) el manejador de caso y ha sido confirmado por el PMR la necesidad de esta terapia luego de evaluar el paciente con aneurisma.

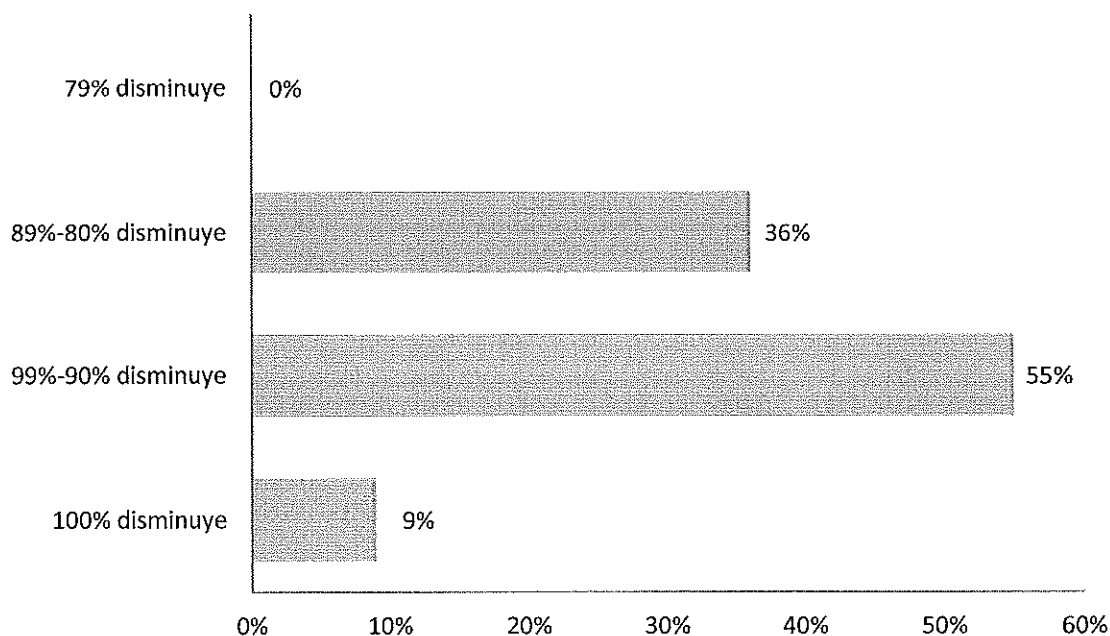
La gráfica 15 presenta la distribución de la muestra por ciento de pacientes que ha referido al terapeuta físico PMR (Physical Medicine Rehab) el manejador de caso y ha sido confirmado por el PMR la necesidad de esta terapia luego de evaluar el paciente con aneurisma. Los datos presentan que el

73% de la muestra refiere que un 100% ha sido confirmado, 18% refiere que 99%-90% y un 9% indica que un 79% o menos ha sido confirmada la necesidad.



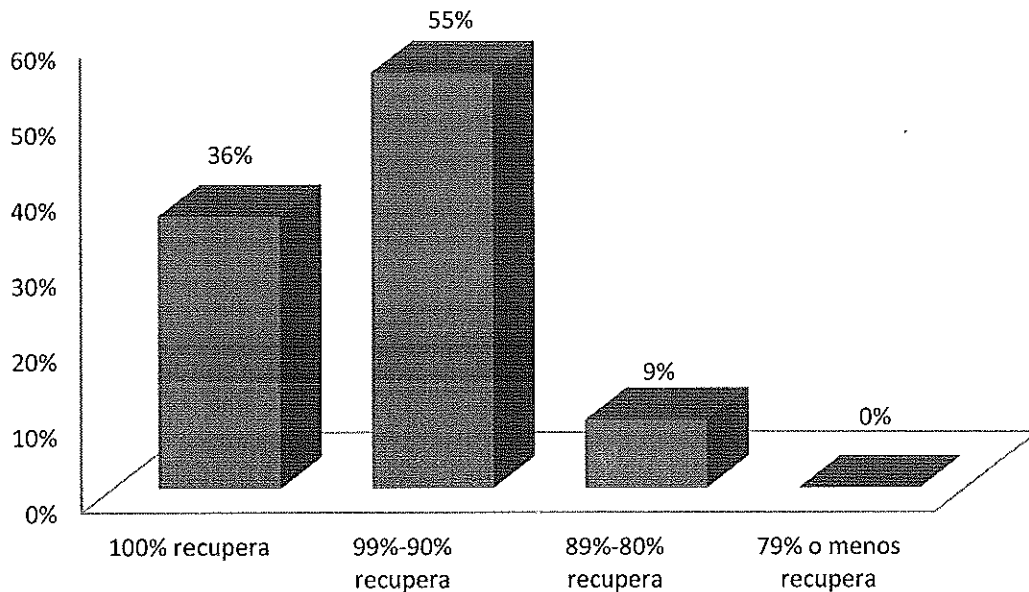
Gráfica 16. Distribución de la muestra por ciento de las recomendaciones hechas por el manejador de caso que han sido aceptadas por el médico del paciente para que se le ofrezca la terapia (PMR) a un paciente con aneurisma.

La gráfica 16 presenta la Distribución de la muestra por ciento de las recomendaciones hechas por el manejador de caso que han sido aceptadas por el médico del paciente para que se le ofrezca la terapia (PMR) a un paciente con aneurisma. Los datos presentan que el 45% de la muestra refiere que un 100% ha sido confirmado, 45% refiere que 99%-90% y un 10% indica que un 79% o menos ha sido aceptada.



Gráfica 17. Distribución de la muestra por ciento de pacientes que calificaron para PMR y que disminuyeron el uso de fármacos cuando estos sometieron al tratamiento de la terapia física.

La gráfica 17 presenta la distribución de la muestra por ciento de pacientes que calificaron para PMR y que disminuyeron el uso de fármacos cuando estos se sometieron al tratamiento de la terapia física. Los datos presentan que el 55% de la muestra refiere que de un 99%-90% ha disminuido el uso de los fármacos al someterse al tratamiento de terapia física (PMR). Mientras que un 36% refiere que de 89%-90%, seguido de un 9% indica que un de un 89% -80% dejaron de consumir o disminuyeron el consumo de fármacos para tratar su condición.



Gráfica 18. Distribución de la muestra de los pacientes que cualificaron para recibir la terapia física y cuál por ciento de estos se han beneficiado de la misma y le ha ayudado en su recuperación/rehabilitación.

La gráfica 18 presenta la distribución de la muestra de los pacientes que cualificaron para recibir la terapia física y cuál por ciento de estos se han beneficiado de la misma y le ha ayudado en su recuperación/rehabilitación. Los datos presentan que el 55% de la muestra refiere que de un 99%-90% se recupera al recibir la terapia física. Mientras que un 36% indica que 100% de los pacientes que reciben terapia física se benefician y le ayuda en el proceso de recuperación/rehabilitación. Por su parte, un 9% expresa que solo un 89%-80% se beneficia de la terapia física en su proceso de rehabilitación.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS A BASE DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este caso los objetivos de investigación fueron los siguientes:

- 1) Determinar la importancia del rol del manejador de caso en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma.
- 2) Determinar la relación que existe entre la rehabilitación física del paciente con aneurisma y su progreso en su condición.
- 3) Determinar la importancia de identificar cuando el paciente con aneurisma necesita el tratamiento de rehabilitación física en vez de un tratamiento farmacológico.

El primero objetivo que fue determinar la importancia del rol del manejador de caso en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma los resultados fueron contundentes. Para esta sección se seleccionaron las siete premisas relacionadas con este renglón, donde opinaron los profesionales de enfermería que participaron en el estudio. Esto se realizó por medio de la sumatoria de frecuencia y porcentaje. De acuerdo a los datos que se presentan en la tabla 6, al promediar todas las respuestas de los participantes el 94% de estos opinan que el rol del manejador de caso tiene un rol importante en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma. Específicamente, el 100% cree en que el manejador de caso es importante en el proceso de transición del paciente, en que se requiere el rol en la institución de salud, en que la institución se puede afectar si el manejador de casos no forma parte del equipo de salud.

Tabla 6. Porcentaje de los profesionales de enfermería que opinan sobre la importancia del rol en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma.

PREMISAS	%
Efectividad del rol	82
Necesidad del rol	100
Esencial como parte del equipo de salud	91
Importancia de la intervención en la transición del tratamiento para el paciente con aneurisma	100
Se puede afectar mucho el tratamiento si el manejador de caso no está presente como parte del equipo de salud	100
Referidos del paciente con aneurisma hechos por el manejador de caso al terapeuta físico y confirmados por este último como necesarios	96
Recomendaciones hechas por los manejadores de caso para tratar a los pacientes con aneurismas y fueron aceptadas por sus médicos primarios	90
TOTAL DE RESPUESTAS PROMEDIADAS	94

El segundo objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre la rehabilitación física del paciente con aneurisma y su progreso en su condición. Para este objetivo se correlacionó la variable rehabilitación física y progreso en su condición, para determinar la relación que existe entre ambas variables, haciendo uso de la prueba Pearson r , descrita anteriormente, con un grado de significancia de $p= 0.05$.

Tabla 7. Relación entre las variables rehabilitación física y progreso en su condición.

VARIABLES	NIVEL DE CORRELACIÓN
Rehabilitación física	
Progreso en su condición	0,70*

NOTA: * La correlación es significativa al nivel 0,05 (Bilateral).

De acuerdo a los resultados de la tabla 7 existe una relación estadísticamente significativa alta entre la variable rehabilitación física y el progreso en la condición del paciente con aneurisma con ($r= 0.70^* p<0.05$).

El tercer objetivo del estudio fue determinar la importancia de identificar cuando el paciente con aneurisma necesita el tratamiento de rehabilitación física en vez de un tratamiento farmacológico. Para ello, se seleccionaron las cinco premisas que la investigadora consideró más importantes para medir esta variable y realizó una sumatoria porcentual en cada premisa relacionada con el tema, los resultados se muestran a continuación.

Tabla 8. Porcentaje de los profesionales de enfermería que opinan sobre la importancia de identificar cuando el paciente con aneurisma necesita el tratamiento de rehabilitación física en vez de un tratamiento farmacológico.

PREMISAS	%
Ha intervenido con pacientes con aneurisma como manejador de caso	100
Ha podido identificar cuando un paciente necesita rehabilitación	100
Siempre es importante que un paciente con aneurisma obtenga rehabilitación física	91
Por ciento de pacientes con aneurisma que recibieron terapia de rehabilitación y disminuyeron el uso de fármacos	55
Por ciento de pacientes con aneurisma que fueron referidos por el manejador de caso, calificaron y recibieron la terapia física y esto les ayudó en su recuperación/rehabilitación	55

La importancia de acuerdo a los datos que se reflejan en la tabla 8 se evidencia que el 100% de los participantes han intervenido con pacientes con aneurisma, y que han podido identificar en ellos la necesidad de rehabilitación, de hecho, el 55% de los pacientes referido a este tipo de servicios a disminuido

la necesidad del uso de medicamentos y les ha ayudado en su proceso de recuperación y rehabilitación.

RESUMEN

Estudio descriptivo correlacional que tenía el objetivo fue medir el rol del manejador de caso de enfermería en la intervención con pacientes de aneurisma. La muestra estuvo compuesta de 11 manejadores de casos, el 82% de los participantes eran féminas. En promedio los participantes tienen una edad de 44 años, la mayoría casados(as) con un 45% con bachillerato (91%). Los años promedio de experiencia en enfermería de la muestra son 25 años. Sin embargo, como manejadores de casos llevan solo 5 años de experiencia en promedio, mientras que trabajando con pacientes con aneurisma llevan 10 años de experiencia. La mayoría de la muestra indicó trabajar para una compañía privada (55%). Uno de las intervenciones más comunes que realiza el manejador de caso es que ha podido identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física se obtuvo un 100% en siempre. De acuerdo a los datos el rol que más frecuente ha hecho el manejador de caso es Identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física (100%). El 100% cree que es importante que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación. La efectividad del rol del manejador(a) de caso en enfermería en su institución se clasifica como excelente (82%). Los datos presentan que el 100% de la muestra refiere que si es necesario el rol del manejador de casos. El 91% los participantes consideran que es importante o esencial el (la) manejador(a) de caso en su institución por el equipo de salud. El 100% cree que la intervención del

manejador(a) de caso en el tratamiento (transición) del paciente con aneurisma es muy importante. Los datos evidencian que el 100% de la muestra refiere que puede afectar mucho el tratamiento de los pacientes la falta de un manejador de casos. El 73% de los manejadores de casos señalan que el 100% de los pacientes referidos al terapeuta físico fue confirmado. Los datos presentan que el 45% de la muestra refiere que un 100% ha sido confirmado por el médico de cabecera del paciente. Los datos presentan que el 55% de la muestra refiere que de un 99%-90% ha disminuido el uso de los fármacos al someterse al tratamiento de terapia física (PMR) y que el 55% de la muestra refiere que de un 99%-90% se recupera al recibir la terapia física.

De acuerdo a los datos al promediar todas las respuestas de los participantes el 94% de estos opinan que el rol del manejador de caso tiene un rol importante en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma. Se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa alta entre la variable rehabilitación física y el progreso en la condición del paciente con aneurisma con ($r= 0.70^* p<0.05$). La importancia del manejador de casos se evidencia cuando se señala que han podido identificar en ellos la necesidad de rehabilitación, de hecho, el 55% de los pacientes referido a este tipo de servicios a disminuido la necesidad del uso de medicamentos y les ha ayudado en su proceso de recuperación y rehabilitación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta el análisis de los datos los cuales se comparan con la revisión de literatura revisada. El capítulo se compone de un análisis de los hallazgos, el análisis de acuerdo al marco conceptual del estudio, las conclusiones, las implicaciones de enfermería, las limitaciones y recomendaciones. Los datos que se han de analizar están basados en los objetivos y preguntas del estudio.

ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

El estudio desarrollado encontró datos que validaron la importancia del rol de manejador de caso para los pacientes con aneurisma. Es decir, que al promediar todas las repuestas de los participantes el 94% de estos opinan que el rol del manejador de caso tiene un rol importante en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma. Estos datos coinciden con los datos de González Alfonso (2011) donde se comprobó la importancia del rol del manejador de casos para condiciones catastróficas, crónicas o altamente costosas. Se ha reconocido la importancia de su rol en el proceso de disposición del paciente y rehabilitación abaratando costos y colocando las necesidades del paciente como prioritarias. La intervención del rol de la manejadora de caso es esencial debido a que aplica su función y conocimientos para el tratamiento del mismo, según González Alfonso (2011) los manejadores de caso son encargados de promover, aplicar y evaluar los

beneficios o dificultades que el proceso les ocasione y decidir si se continúa por el mismo camino o si hay que cambiar de método. Tomando en cuenta la demanda de calidad y de restricción de costos es necesario brindar estrategias para el cuidado de enfermería.

Además, en este estudio se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa alta entre la variable rehabilitación física y el progreso en la condición del paciente con aneurisma con ($r= 0.70^* p<0.05$). Estos datos coinciden con los presentados en las investigaciones de Last Vini (2011) y Heechin (2012). Estos autores reconocen la importancia de la rehabilitación y el beneficio de la misma para los pacientes que sufren condiciones neurológicas. Aunque se piense que el beneficio es poco, el paciente debe someterse a todo tipo de terapia o por lo menos tener la oportunidad de mejorar por medio de la misma. Un 5% alcanzado en mejoría ya sea en la coordinación de movimiento, fortaleza de músculos o el realizar alguna actividad de manera independiente, siempre será un avance para el paciente y para aumentar su calidad de vida. De acuerdo a González Alfonso (2011) el rol del manejador de caso cobra importancia al estimar e identificar el potencial de mejoría en los pacientes sin importar cuanta, ya que lo primero que se debe pensar en la posibilidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio de los tratamientos disponibles al más bajo costo posible.

La importancia del manejador de casos en este estudio se evidencia cuando se señala que han podido identificar en ellos la necesidad de rehabilitación, de hecho, el 55% de los pacientes referido a este tipo de servicios

a disminuido la necesidad del uso de medicamentos y les ha ayudado en su proceso de recuperación y rehabilitación. Definitivamente el rol del manejador de caso es esencial en las condiciones crónicas o incapacitantes (González Alfonso, 2011). Un estudio realizado por Gaboda, Lewis, Nova, Brownlee, & Fisher (2009) confirma que los pacientes que son sometidos a programas de rehabilitación mejoran significativamente, especialmente si estos programas son supervisados y el paciente se identifica con ellos y son apoyados por la familia del paciente. El deseo del paciente de volver a realizar las actividades normales previas a su condición de aneurisma es una de las motivaciones que debe aprovechar el equipo de salud para promover la rehabilitación de estos pacientes. El hecho de que el estudio en Puerto Rico hizo que los pacientes disminuyeran en uso de medicamentos una vez expuestos a un proceso de rehabilitación posterior a una aneurisma es un logro que fue realizado por las gestiones del manejador de caso. Expresan Agramonte, & Farres (2010) una gestión cuidadosa contribuye a la calidad de la atención sanitaria, siempre que su objetivo sea satisfacer las necesidades de los pacientes. Un equipo dirigido por un manejador de caso hará una diferencia en la calidad de vida de los pacientes, especialmente para que estos aumenten su grado de independencia y regresen lo antes posible a su hogar con el menor número de complicaciones.

ANÁLISIS A BASE DEL MARCO CONCEPTUAL

La teoría de Orem aplicada al problema de estudio ha sido útil, ya que una de las metas del manejador de caso que tiene a cargo los pacientes con aneurismas es procurar que los mismos alcancen al máximo su autocuidado.

Los manejadores de casos son esenciales para que el paciente con aneurisma logren su autocuidado, los médicos y los terapeutas físicos reconocen que la mayoría de los pacientes con aneurisma que identifica en manejador de casos para rehabilitación tienen potencial de lograrlo. El hecho de que la teoría de autocuidado fomente esta independencia en el paciente facilita que el paciente acepte el rol del manejador de casos y sus recomendaciones. Este estudio ha demostrado que el manejador de caso es vital en la recuperación y rehabilitación de los pacientes con aneurisma lo que provee las bases para que estos independientemente de su categoría (parcial o totalmente compensatorio o soporte educativo) más de la mitad de los pacientes se benefician de este servicio. Aplicando la teoría de Orem en los pacientes con Aneurisma, el manejador de caso tiene una intervención apropiada y alineada con lo que se espera alcanzar con este tipo de paciente, consultando al paciente reciba terapia física para que a través de las mismas pueda reforzar su capacidad de autocuidado.

CONCLUSIONES

Se pudo comprobar que el rol del manejador de casos es aceptado y respetado por el terapeuta físico y por el médico de cabecera del paciente con aneurisma. El rol de manejador de caso permite que este paciente alcance su máximo potencial en su autocuidado. Los datos de este estudio confirman que el 94% de estos opinan que el rol del manejador de caso tiene un rol importante en la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación física del paciente con aneurisma. Se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa

alta entre la variable rehabilitación física y el progreso en la condición del paciente con aneurisma con ($r= 0.70^* p<0.05$). La importancia del manejador de casos se evidencia cuando se señala que han podido identificar en ellos la necesidad de rehabilitación, de hecho, el 55% de los pacientes referido a este tipo de servicios ha disminuido la necesidad del uso de medicamentos y les ha ayudado en su proceso de recuperación y rehabilitación. Este es el logro más importante demostrado en este estudio, la existencia de plazas de manejadores de caso garantiza un servicio de rehabilitación apropiado al paciente que sufre de una aneurisma, lo que promueve el autocuidado del paciente y una mejor calidad de vida a un mejor costo.

IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA

El paciente con hemorragia subaracnoidea como sucede con las aneurismas, por su complejidad, demanda del profesional de enfermería un cuidado de alta calidad fundamentado en el conocimiento científico, técnico y humano con el fin de conservar la funcionalidad del sistema nervioso y disminuir la incidencia de complicaciones que por la poca capacidad de éste, la mortalidad suele ser alta y las secuelas muy incapacitantes (Calderón Ocampo y Sáenz Montoya, 2005). Es aquí donde el rol del profesional de enfermería de práctica avanzada como manejador de casos tiene una función vital en el proceso de rehabilitación. Cada vez los manejadores de casos son reconocidos como esenciales en las instituciones hospitalarias, las cuales facilitan los procesos de rehabilitación y recuperación de los pacientes con condiciones crónicas o incapacitantes. Estudios como el presentado ayudan a valorar el nuevo rol de los

especialistas clínicos como manejadores de casos en pacientes que han sufrido un episodio de aneurisma.

LIMITACIONES

1. La muestra del estudio es muy pequeña y no se pueden hacer generalizaciones con los resultados de este estudio.
2. El estudio no exploró directamente la opinión sobre la importancia del manejador de casos en otros profesionales de la salud, la encuesta fue hecha a los propios manejadores de caso, lo que pudo ser un sesgo en la opinión sobre la importancia de este rol en las instituciones de salud.

RECOMENDACIONES

1. Repetir este estudio con una muestra más grande para poder hacer conclusiones e inferencias para el resto de los manejadores de casos que manejan pacientes con aneurismas.
2. Desarrollar un estudio descriptivo donde se incluya y se compare la opinión de otros profesionales de la salud sobre la importancia de los manejadores de caso en las instituciones de salud.
3. Promover la ocupación de las plazas de manejadores de casos por especialistas clínicos en manejo de caso, para continuar mejorando el servicio a los pacientes.
4. Adiestrar a los manejadores de caso sobre la importancia de la rehabilitación y el referir pacientes post aneurisma al terapeuta físico.

REFERENCIAS

- Agramonte, A., & Farres, R. (2010). *Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de salud*. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200003&script=sci_arttext
- Calderón Ocampo, C.B. y Sáenz Montoya, X. (2005). *Cuidado de enfermería al paciente con hemorragia subaracnoidea*. Recuperado de, <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-cuidado.htm>
- Gaboda, D., Lewis, D., Nova, J., Brownlee, S., & Fisher, M. (2009). *Traumatic brain injury needs and resources assessment for New Jersey*. Recuperado de, www.state.nj.us/.../TBI Formatted Report_Final7 6 09
- González Alfonso, M. (2011). *Factores que afectan el seguimiento a pacientes diabéticos tipo dos que son manejados por enfermeras clínicas*. Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería. San Juan: Universidad Metropolitana.
- Heechin, C. (2005-2012). *Brain injury rehabilitation program*. Recuperado de, <http://www.spauldingrehab.org/OurPrograms/braininjurydetails>
- Katati, M., Santiago, S., Saura, E., Jorques, A., Pérez, M., Martín, J., Mínguez, A., & Escamilla (2006). *Calidad de vida en pacientes con aneurismas intracraneales: cirugía versus tratamiento endovascular*. Recuperado de, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185015322009000100004&script=sci_rtext
- LastAsociación de Familiares y Enfermos de Ictus de Granada. (2012). *Rehabilitación y cuidado integral de pacientes con ictus*. Recuperado de, http://www.neuroafeic.com/curso4_2.php
- LastBrain Aneurysm Foundation. (2011). *Recovery & Support: Rehabilitation*. Recuperado de, <http://www.bafound.org/rehabilitation-2>
- Last Vini, G. (2005-2011). *Some days in the life of a brain aneurysm patient*. Recuperado de, <http://www.brain-aneurysm.com/lifebap.html>
- Martínez, R. (2008). *Los ejercicios rehabilitadores y la terapia ocupacional en las enfermedades cerebro vascular*. Recuperado de, <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpVZAFFVEeLnYMHIM>.
- Next Step in Care. (2011). *Para los acompañantes familiares: ¿A dónde ir tras abandonar el hospital?* Recuperado de, www.nextstepincare.org/..Hospital/..Hospital/Lea...

University of West Georgia Disclaimer. (1995). *Aneurysms & AVM support*.
Recuperado de, http://stu.westga.edu/~wmaples/hyde_tina.html

ANEJOS

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL ROL DEL MANEJADOR DE CASO DE ENFERMERIA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES DE ANEURISMA

Kaelyne Burgos Del Valle, 2012

Introducción:

El cuestionario consta de dos partes. La primera se basa en los datos socio-demográficos y la segunda consta de rol de la manejadora de caso del profesional de enfermería, en la intervención con paciente de aneurisma.

Sección 1. Datos Socio demográficos

Instrucciones: Favor de leer cuidadosamente cada pregunta y contestar según aplique a su situación haciendo una marca de cotejo (X).

1- ¿Cuál es su género?

Femenina

Masculino

2- ¿Entre qué grupo de edad se encuentra?

21-26 años

27-32 años

33-38 años

39-44 años

45-50 años

51 años o más

3-¿Cuál es su estado civil?

Soltero (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

___ Otro, especifique: _____

4-¿Cuál es su nivel de educación?

___ Bachillerato

___ Maestría

___ Doctorado

5-¿Cuántos años lleva en la profesión de enfermería?

___ menos de un año

___ 1-10 años

___ 11-20 años

___ 21-30 años

___ 31 años o más

6-¿Cuánto tiempo lleva trabajando como manejadora de caso (Case Manager)?

___ menos de un año

___ 1-5 años

___ 6-10 años

___ 11 años o más

7-¿Cuánto tiempo lleva trabajando con pacientes con aneurismas?

___ menos de un año

___ 1-5 años

___ 6-10 años

___ 11 años o más

8-¿Para quién usted trabaja?

___ Compañía Privada

___ Gobierno

Sección B. Rol del manejador de caso

Instrucciones: En las siguientes preguntas son relacionadas al rol de la manejadora de caso de enfermería, en la intervención con paciente de aneurisma. Favor de leer cada pregunta y contestar con una (X). Es importante contestar todas las preguntas. Para ello, utilice la siguiente escala: siempre, casi siempre, raras veces, nunca.

Premisas	Siempre	Casi siempre	Raras veces	Nunca
1. ¿Ha intervenido con pacientes con aneurisma como manejador(a) de caso?				
2. ¿Ha podido identificar cuando un paciente necesita rehabilitación física?				
3. ¿Ha tenido la oportunidad o experiencia en la toma de decisiones de tratamiento en pacientes con aneurisma?				
4. ¿Ha referido o ha consultado a un terapeuta físico (PMR), para evaluar a pacientes?				
5. ¿Ha brindado recomendaciones a doctores para rehabilitación física sobre pacientes que han presentado aneurisma?				
6. ¿Cuán importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación física?				

Sección C. Importancia del rol del manejador de caso y el proceso de rehabilitación.

Instrucciones: Favor de leer cuidadosamente cada una de las premisas y hacer una marca de cotejo (X) en la respuesta que más se acerque a su situación actual. Trate de contestar cada una. Utilice las escalas donde aplique.

1-¿Cuán importante es que un paciente luego de una aneurisma obtenga rehabilitación física?

- Muy importante
- Importante
- Poco importante

No es importante

2-¿Cómo clasifica la efectividad del rol del manejador de caso en enfermería en su institución?

Excelente

Bueno

Regular

Pobre

3-¿Es necesario un manejador de caso en las instituciones hospitalaria?

Si

No

3-¿De acuerdo a su percepción, cuán importante o esencial es considerado el manejador de caso en su institución por el equipo de salud?

Muy importante

Importante

Poco importante

No es importante

4- ¿Cuán importante es la intervención de la manejadora de caso en el tratamiento del paciente con aneurisma?

Muy importante

Importante

Poco importante

No es importante

5-¿Cuánto puede afectar al tratamiento del paciente la falta del rol del manejador de caso de enfermería como parte del equipo interdisciplinario?

- Mucho
- Regular
- Poco
- Nada

6- ¿Cómo manejador de caso, qué porcentaje de pacientes que ha referido al terapeuta físico (PMR) ha sido confirmado por este profesional la necesidad de esta terapia luego de ser evaluado el paciente con aneurisma?

- 100%
- 99-90%
- 89-80%
- 79% o menos

7-¿Cómo manejador de caso, qué porcentaje de sus recomendaciones para que se le ofrezca la terapia física (PMR) a un paciente con aneurisma ha sido aceptada por el médico del paciente?

- 100%
- 99-90%
- 89-80%
- 79% o menos

8-¿De los pacientes que calificaron para recibir la terapia física, qué porcentaje de pacientes disminuye el uso de fármacos cuando se somete al tratamiento de la terapia física?

- 100%
- 99-90%
- 89-80%
- 79% o menos

9- ¿De los pacientes que cualificaron para recibir la terapia física, qué porcentaje de estos se ha beneficiado de la misma y le ha ayudado en su recuperación/rehabilitación?

___ 100%

___ 99-90%

___ 89-80%

___ 79% o menos

Teléfono (787) 751-0178 exts. 7195-7197
 E-mail: cumplimiento@suagn.edu

- [] Certifico que se me entregó copia de este consentimiento firmado
- [] Certifico que se me proveyó una copia del consentimiento, pero no es de mi interés

XII. Consentimiento

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me fue leído de manera adecuada. El contenido del estudio me fue explicado y todas las preguntas sobre el mismo han sido aclaradas.

Al firmar esta hoja acepto participar en el estudio y certifico que mi participación es voluntaria e informada.

Nombre del Participante (Letra de Molde)	Firma del Participante	(mes/día/año)
Nombre del Investigador (Letra de Molde)	Firma del Investigador	(mes/día/año)

*Si el participante del estudio es menor de 21 años, se requiere firma de uno de los padres o encargado, excepto en aquellos casos en que la investigación se considere una de riesgo mayor (45 CFR 46.408(b)).

Nombre del Padre (Letra de Molde)	Firma del Padre	(mes/día/año)
Nombre del Madre (Letra de molde)	Firma de la Madre	(mes/día/año)



Ana G. Mendez University System
 Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-397-12
 Approval Date January 11, 2013
 Expiration Date January 10, 2014
 Signature [Handwritten Signature]

IX. Compensación por Daños

- En el caso de lesión física como resultado de su participación en este estudio de investigación, usted recibirá tratamiento médico, libre de costo, en el Hospital designado para cada Institución Primaria:
 1. Universidad Metropolitana y sus Centros Universitarios-Sala de Emergencia del Centro Médico de Río Piedras.
 2. Universidad del Este y sus Centros Universitarios-Hospital de la Universidad de Puerto Rico de Carolina.
 3. Universidad del Turabo y sus Centros Universitarios-Hospital HIMA de Caguas
- En caso de sufrir alguna lesión mental como resultado de su participación en esta investigación, tendrán disponible una evaluación inicial en su Institución Universitaria correspondiente. De ser necesario, será referido a su médico primario para tratamiento.
- El Sistema Universitario Ana G. Méndez no provee alternativa de pago u otra forma de compensación por posibles daños relacionados con participación en la investigación. Por ejemplo salarios no devengados, pérdida de tiempo invertido o sufrimiento. Ninguna forma de remuneración económica será otorgada directamente a usted. Sin embargo, al firmar esta forma de consentimiento no renuncia a sus derechos legales.

X. Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar sin penalidad alguna. De usted decidir participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad ni pérdida de beneficios. Durante su participación en este estudio, el Investigador Principal o su representante pueden solicitar que se retire del mismo.


XI. Persona Contacto para Información

Si tiene alguna pregunta adicional sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, o si entiende que ha sufrido alguna lesión por su participación en el estudio, usted puede comunicarse con:

Kaelyne Burgos: Investigador Principal. Celular: 787 904-0041. email: kaelynenf@gmail.com
 Dr. Josué Pacheco, Mentor. Celular: 787-612-9124. email: jopacheco@suagm.edu

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante del estudio, puede contactar al:

Sistema Universitario Ana G. Méndez
 Oficina de Cumplimiento
 Administración Central



Ana G. Mendez University System
 Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-397-12
 Approval Date January 11, 2013
 Expiration Date January 10, 2014
 Signature Beth J...

Los beneficios de participar serán de índole profesional y personal. Los participantes sentirán el orgullo de haber participado un estudio que pretende validar la importancia del rol del manejador de casos de enfermería en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente que sufre de aneurisma.

VII. Incentivo al Participante

Los participantes no recibirán ningún incentivo económico, la participación es completamente voluntaria.

VIII. Privacidad y Confidencialidad

Su identidad será protegida en todo momento, a través del anonimato del sujeto y de la confidencialidad de los datos, garantizándole privacidad y confidencialidad. Toda información o datos que pueda identificarle serán manejados confidencialmente según establecido por la ley (HIPAA). Para esto se tomarán las siguientes medidas de seguridad Una vez completado los cuestionarios estos serán recolectados y custodiados por la investigadora de una urna ubicada en el ponchador del hospital. La carta de consentimiento será guardada en sobre sellado separada de los instrumentos para garantizar la objetividad y pureza del proceso. También el cuestionario será guardado en un sobre sellado SIN NOMBRE, ni ningún identificador, previo a que el mismo sea depositado en la urna, luego la investigadora procederá a recoger los mismos. Esto con la idea de que la información provista en el consentimiento como fechas y firmas no se conecte con la información provista por los participantes en el cuestionario durante y después de la investigación. Ambos documentos serán guardados bajo llave en un lugar seguro hasta el tiempo máximo determinado por el (IRB). En este caso, serán guardados en la residencia principal de la investigadora en un archivo con llave. Solamente el investigador tendrán acceso a los datos. La hoja de consentimiento podrá ser una manera de identificar al participante por lo que se tomarán las siguientes medidas: los datos serán almacenados en la residencia principal de la investigadora en un archivo con llave donde solo el investigador tendrá acceso, por un periodo de cinco años y una vez concluya este estudio se tomará la siguiente acción la investigadora procederá a destruir los documentos relacionados con el estudio (consentimientos y cuestionarios) haciendo uso de una trituradora de papel. El estudio está garantizado por lo que se les asegura a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones médicas, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por la Junta para la protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB siglas en inglés) del Sistema Universitario Ana G. Méndez. El IRB del SUAGM es un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos de las regulaciones. Su información será mantenida tan confidencial como sea posible bajo la ley. Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-397-12
Approval Date January 11, 2013
Expiration Date January 10, 2014
Signature [Handwritten Signature]

2. La manejadora de caso debe estar a tiempo completo
3. La manejadora de caso debe tener un grado de bachillerato
4. Deben manejar pacientes con aneurismas

Si usted cumple con los siguientes criterios de exclusión NO podrá participar de este estudio:

1. El profesional de enfermería (manejadora de caso) a tiempo parcial
2. La manejadora de caso por contrato
3. La manejadora de caso tenga un grado asociado
4. No manejan pacientes con aneurismas
5. Personal administrativo (supervisores)

IV. Procedimientos

Usted ha sido invitado a participar en este estudio, se encuentra en el salón conferencia de la institución donde trabaja para formar parte de esta investigación. La investigadora ya solicitó a la Junta de Cumplimiento (Comité de ética) del Sistema Universitario Ana G. Méndez y a la administración de este hospital para realizar el estudio. Aquellos que estén de acuerdo y consientan en participar voluntariamente tendrán que firmar este consentimiento y entregarlo en un sobre sellado a la investigadora. Los que no estén de acuerdo en participar podrán abandonar el salón sin temor a ninguna represalia. Se respeta en todo momento el derecho de voluntariedad de los sujetos, de querer o no formar parte del estudio, sin temor a represalias. Solo permanecerán en el salón el personal interesado en participar del estudio, el personal administrativo u otro personal no interesado en el estudio no estarán presentes antes, durante ni después de culminado el estudio. Debes firmar este consentimiento para poder participar en el estudio. Su participación consiste en llenar un cuestionario, el cual le tomará unos 15 a 30 minutos en contestar aproximadamente. Una vez firmado el consentimiento, la investigadora procederá a recoger el mismo en un sobre sellado, y procederá a hacer entrega del cuestionario desarrollado por esta. Este proceso se llevará a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando su decisión en formar parte o no del estudio. Mientras usted completa el cuestionario, la investigadora abandonará el salón conferencia para que no se sienta cohibido en contestarlo. Una vez completado o no el cuestionario debes depositarlo en una urna ubicada en el ponchador del hospital. El investigador mientras usted completa el cuestionario estará disponible para aclarar sus dudas. Antes de depositar el mismo en la urna debes colocarlo en un sobre sellado SIN TU NOMBRE, ni identificadores, para luego ser recogido por la investigadora para su tabulación y análisis.

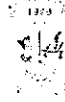
V. Riesgo o Incomodidad

El riesgo a sufrir daños es mínimo, ya que consiste en completar un cuestionario con preguntas claras sin intenciones de causar daños. Los riesgos que pueden presentar es cansancio.

VI. Beneficios del Estudio

Ana G. Mendez University System
 Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-397-12
 Approval Date January 11, 2013
 Expiration Date January 10, 2014
 Signature [Handwritten Signature]



Sistema Universitario Ana G. Méndez
 Universidad Metropolitana
 Centro Universitario de Bayamón
 Escuela de Ciencias de la Salud
 Programa de Maestría en Enfermería
 Hoja de Consentimiento

Título Investigación:ROL DEL MANEJADOR DE CASO EN LA DECISIÓN DE LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE ADULTO LUEGO DE UNA ANEURISMA

Nombre del Investigador Principal:Kaelyne Burgos

Nombre del Mentor: Dr. Josué Pacheco

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, pregunte al investigador encargado o cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para decidir si participará o para consultar con su familia o amigos antes de tomar su decisión.

I. Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en el estudio, por favor, lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo sus riesgos y beneficios.

II. Propósito del Estudio

El propósito de la investigación es poder determinar la importancia del rol del manejador de caso, en apoyo y toma de decisiones con el paciente con aneurisma.

III. Participantes del Estudio

La población de estudio son profesionales de enfermería que se dedican a la labor de manejadores de casos y quienes sirven de enlace al paciente con aneurisma para obtener servicios de rehabilitación en un centro que atiende este tipo de condiciones en un hospital de la zona metropolitana de San Juan. Usted podrá participar en el estudio si cumple con lo siguiente:

1. El profesional de enfermería debe ser manejadora

Ana G. Mendez University System
 Institutional Review Board (IRB)
 Protocol No. 21-093-12
 Approval Date 11/11/2011
 Expiration Date 11/11/2011
 Signature [Handwritten Signature]