



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Tecnología Médica**

**Grado de satisfacción del paciente al Programa  
Fisioterapéutico Ambulatorio del Servicio de  
Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional  
Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología  
Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación

**AUTOR**

Ketty AMARO RUBINA

**ASESOR**

Eraida CÓRDOVA CÓRDOVA

Hilda Paulina CAVASSA FLORES

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Amaro K. Grado de satisfacción del paciente al Programa Fisioterapéutico Ambulatorio del Servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2018.

---

**“GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AL  
PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO AMBULATORIO  
DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN  
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM) 2017”**

**AUTOR:**

Bch. AMARO RUBINA, Ketty

**ASESOR:**

LIC. CÓRDOVA CÓRDOVA, Eraidá

Docente Asociado – Tiempo parcial

**CO ASESORA:**

LIC. CAVASSA FLORES, Hilda Paulina

Fisioterapeuta en Rehabilitación Cardiorrespiratorio

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a las dos personas más importantes de mi vida, mis padres Orlando y Raquel y a mis hermanos Jorge y Katty por siempre apoyarme para convertirme en una profesional y mejor persona.*

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento especial a los profesionales que hicieron posible esta tesis, con sus conocimientos, sugerencias y guía permanente.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a los asesores:

Lic. Eraidia Córdova Córdova

Docente de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica del Área de Terapia Física y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Lic. Hilda Paulina Cavassa Flores

Encargada de la Unidad Funcional de Rehabilitación Cardiovascular del Departamento de Medicina Física del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Dra. Nora Yep Tam

Médico Fisiatra del Servicio de Rehabilitación del Sistema Locomotor y Cardiovascular del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Dr. Carlos Untiveros Gutarra

Jefe del Servicio de Rehabilitación del Sistema Locomotor y Cardiovascular del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES .....	4
1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.3 OBJETIVOS.....	9
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.4. BASES TEÓRICAS.....	10
1.4.1 BASE TEÓRICA.....	10
1.4.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	34
1.4.3 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	35
 <b>CAPÍTULO II: MÉTODOS.....</b>	 <b>36</b>
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
2.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
2.1.3 POBLACIÓN.....	37
2.1.4 MUESTRA Y MUESTREO.....	37
2.1.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	38
2.1.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	38
2.1.5 VARIABLES.....	38
2.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
2.1.7 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	39
2.1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
 <b>CAPITULO III: RESULTADOS.....</b>	 <b>43</b>

<b>CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60</b>
5.1. CONCLUSIONES.....	61
5.2 RECOMENDACIONES.....	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla N°1: Características de los pacientes ambulatorios del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017

Tabla N°2: Grado de satisfacción de los pacientes ambulatorios al programa fisioterapéutico del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017

Tabla N°3: Grado de satisfacción de los pacientes ambulatorios al programa fisioterapéutico según características generales, del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017

Tabla N°4: Respuestas a las preguntas del cuestionario de los pacientes ambulatorios del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico N°1: Satisfacción del paciente (General)

Gráfico N°2: Dimensión Científico – Técnico

Gráfico N°3: Dimensión interpersonal o humana

Gráfico N°4: Dimensión Instalaciones y/o Comodidades

Gráfico N°5: Grado de Satisfacción del paciente con relación a la edad

Gráfico N°6: Grado de Satisfacción del paciente con relación al sexo

Gráfico N°7: Grado de Satisfacción del paciente con relación al grado de instrucción

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017.

**Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-observacional, prospectivo, con diseño no experimental de corte transversal. El estudio se le realizó a 67 pacientes del programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, 2017. Se empleó un cuestionario tipo Likert de opción múltiple. El instrumento de recolección estuvo distribuido en 18 ítems con una amplitud de escala de cinco categorías.

**Resultados:** De manera general se obtuvo que un 58,2% de los pacientes sienten una satisfacción media, mientras que solo el 23,9% presenta una satisfacción alta, con un restante de 17,9% en satisfacción baja. Respecto a las dimensiones, se observó en la dimensión Científico - Técnico el grado alto de 31,3% y el grado medio de 50,7%, en la dimensión Relación Interpersonal se observó que el grado alto fue 28,4% y el grado medio fue 56,7% y finalmente, la dimensión instalaciones y/o comodidades el grado alto fue 20,9% y el grado medio fue 52,2%.

**Conclusión:** Los pacientes del programa ambulatorio del servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, presentan de manera general una satisfacción media; específicamente consideran que se les brinda un buen servicio pero aún no superan sus expectativas en la totalidad.

Palabra Clave: Satisfacción, programa fisioterapéutico

## SUMMARY

**Objective:** To determine the degree of patient satisfaction in the ambulatory physiotherapeutic program of the cardiovascular rehabilitation service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital (HNERM) 2017.

**Materials and methods:** A quantitative approach of a descriptive-observational, prospective type, with a non-experimental cross-sectional design. The study was carried out in 67 patients of the ambulatory physiotherapy program of the Cardiovascular Rehabilitation service of the Edgardo Rebagliati National Hospital, 2017. A Likert multiple-choice questionnaire was used. The collection instrument was distributed in 18 articles with a scale of five categories.

**Results:** Overall, 59% satisfaction with the media was obtained, while 23.9% had high satisfaction, with a reservation of 17.9%. Regarding the dimensions, to the extent of what is known, the average grade is 31.3% and the average grade, 50.7%, in the proportion. Interpersonal relationship that the average grade is 28.4% and the average grade. it was 56.7% and finally, 20% and the average grade was 52.2%.

**Conclusion:** The patients of the outpatient program of the Cardiovascular Rehabilitation service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, presents a general average satisfaction; It was a good service but it still did not exceed their expectations in the whole.

Key words: Satisfaction, physiotherapeutic program

**CAPITULO I**

**INTRODUCCIÓN**

## **I. INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. (1) En nuestro país, el Seguro Social de Salud (EsSalud) advirtió que la enfermedad coronaria isquémica (el infarto agudo de miocardio) es la principal causa de muerte de la población adulta, indicando que en nuestra capital según información estadística, cada día se producen entre 4 y 5 infartos de miocardio, de los cuales más de la tercera parte se producen en varones. (2)

Un paciente que sufre algún tipo de afección cardiovascular, recibe un determinado tratamiento médico, ya sea quirúrgico o farmacológico, cuyo objetivo principal será la restauración del funcionamiento normal de las áreas comprometidas. Posterior ha dicho tratamiento, el paciente inicia la rehabilitación cardiovascular. Ésta se define como un programa de trabajo multidisciplinario de largo plazo, que repercute positivamente en la calidad de vida del paciente.

La fisioterapia forma parte del equipo sanitario, ya que el fisioterapeuta es el especialista en ejecutar el programa kinésico que es el que mayor influencia tiene en la mejoría del estado físico y emocional del paciente. Siendo un trabajo en plena vinculación con la persona, el profesional de la salud, buscará cumplir con las expectativas que tiene el paciente por medio del servicio que se brinda, buscando obtener grados de satisfacción propios de un servicio de calidad y así llegar a tener una recuperación plena tanto física, social como emocional. El estudiar la satisfacción en los pacientes cardíacos respecto a su atención de salud, se ha convertido en una meta muy valorada y significativa, ya que, es un indicador importante del tipo de servicio que se emplea. En la realidad que nos rodea, la población de pacientes en las sedes hospitalarias ha alcanzado niveles de sobrepoblación, volviendo más complicado la tarea de las áreas terapéuticas por la falta de recursos tanto humanos como materiales. La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque ésta se relaciona

significativa y funcionalmente con conductas de salud específicas; (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad). (3)

La evaluación de la satisfacción de los pacientes permite identificar por un lado las áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y por otra parte permite evaluar los resultados de la atención recibida, ya que las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales. (4)

## **1.1. DESCRIPCION DE LOS ANTECEDENTES**

### **NACIONALES**

Rudas P. Ronald (2016) realizó un estudio titulado “Nivel de Satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” en Perú, con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca. La población estuvo conformada por 50 pacientes. El instrumento utilizado fue un cuestionario con la técnica de la entrevista. Los resultados demostraron que el 60% de pacientes señala satisfacción media, 22% baja y 18% alto. El mayor porcentaje tiene un nivel de satisfacción de media a baja. (5)

Muro, A. (2015) realizó un estudio denominado “Nivel de satisfacción al tratamiento fisioterapéutico en pacientes postoperadas de cirugía mamaria del Servicio de Rehabilitación Oncológica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2105, cuyo objetivo es determinar el Nivel de satisfacción de las pacientes post cirugía mamaria con la fisioterapia recibida en el Servicio de Rehabilitación Oncológica en el INEN. El estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes. El instrumento utilizado es un cuestionario tipo Likert de opción múltiple distribuido por 20 ítems. Los resultados señalan que el 84,17% de pacientes se sienten satisfecho y el 15,83% se sienten insatisfecho. (6)

Blanco, J. Espinoza, Y. (2012) realizaron un estudio denominado “Calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según la opinión de los pacientes que acuden al Hospital Central FAP. Enero-Abril 2012”, con el objetivo de determinar la calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según los pacientes del Hospital de la FAP. El estudio fue cualitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo constituida por 170 pacientes. Se utilizó un cuestionario tipo Likert de opción múltiple. Los resultados demostraron que el 82% muestra satisfacción y un 16% insatisfacción. La

dimensión de Relaciones interpersonales muestra la mayor satisfacción con un 86%. (7)

## **INTERNACIONALES**

Pérez, J. (2015) realizó una investigación denominada “La calidad de atención y nivel de satisfacción de los usuarios del área de Rehabilitación del Hospital Instituto Ecuatoriano de seguridad social, del Cantón Latacunga provincia de Cotopaxi, en el período noviembre 2013-marzo 2014”, con el objetivo de determinar y/o analizar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en las distintas áreas del centro de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga. La población estudiada fue de 178 pacientes y el instrumento utilizado, la encuesta con la utilización de la escala de Likert. Los resultados demostraron que el 96% de los encuestados manifiestan que la atención en las diferentes áreas es satisfactoria. (8)

Rodríguez, L. Martínez, J. y col. (2015) se realizó un estudio denominado “Percepción de la satisfacción en la atención en usuarios atendidos por estudiantes de Fisioterapia de la Universidad del Rosario” en Colombia, con el objetivo de conocer la percepción de la satisfacción en la prestación de servicios a usuarios atendidos por estudiantes de fisioterapia en instituciones de alta complejidad de la ciudad de Bogotá. El estudio fue descriptivo en una muestra de 166 usuarios. Los resultados demostraron que más del 90% de los usuarios se encuentran satisfechos con la intervención, explicación de objetivos y trato por lo que recomendarían la atención recibida. (9)

## **EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Las enfermedades cardiovasculares y en específico, el infarto agudo de miocardio (IAM) son el mayor problema de salud y la principal causa de muerte en muchos países del mundo durante varias décadas. Son los responsables de casi la mitad de los decesos en los países desarrollados, así como del 25% en los países en vías de desarrollo. (10)

La organización mundial de la salud (OMS), prevé que en el 2020, la enfermedad isquémica cardíaca (EIC) será responsable de 11,1 millones de muertes, por lo que su prevención será un reto para las autoridades sanitarias de todos los países del mundo. En EUA el IAM representa el 48% del total de enfermedad isquémica cardíaca y en Cuba el 45%, donde solo se cuenta con algunos estudios puntuales sobre la incidencia de IAM.<sup>(10)</sup>

Hernández, A. y et al. realizaron un estudio denominado “Análisis espacial de la mortalidad distrital por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao” donde señalaban que en Perú, se estima que de todas las causas de muertes prematuras, el 15% son causadas por ECV, con una tasa de mortalidad de 143 muertes por 1000 000 habitantes, sin embargo, su distribución a nivel distrital no ha sido estudiada.<sup>(1)</sup>

De acuerdo con la información proporcionada por el Ministerio de Salud (MINSA), un total de 6444 muertes por ECV fueron reportadas en las provincias de Lima y Callao durante el año 2013, siendo el 48,7% mujeres (edad promedio de 77,8 años) y un 51,3% hombres (edad promedio de 72,3 años). Las dos primeras causas específicas de muerte corresponden a infarto agudo de miocardio (31,7%) y accidente vascular encefálico agudo (11,3%).<sup>(1)</sup>

En el Registro Nacional de Infarto de Miocardio Agudo II (2013), hay 13 millones en la población americana que viven con historia de enfermedad coronaria isquémica. En el Perú se ubica a la enfermedad coronaria isquémica como la principal causa de muerte de la población adulta así como generadoras de la mayor carga de enfermedad (58,5%).<sup>(11)</sup>

El estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología (2013) en las sedes hospitalarias de nivel III, IV de Lima y las principales ciudades del país, señalan que se registraron 1609 casos de IAM siendo 1172 varones (72,8%) y 437 mujeres (27,2%); de los cuales 1345 procedían de Lima (83,6%) y 264 de provincias (16,4%). En Lima participaron 27 instituciones, de las cuales la Seguridad Social proporcionó

886 casos (55.1%), los Hospitales del MINSA 227 casos (14,1%), las clínicas 134 casos (8,3%) y las Fuerzas Armadas 98 casos. (11)

La edad promedio global fue 67.41 años, predominando en el grupo etario de 61 a 80 años, tanto en hombres como en mujeres. (11)

## **EPIDEMIOLOGIA EN REHABILITACIÓN CARDIACA.**

La Revista Colombiana de Cardiología (2018), señala que la participación y adherencia en rehabilitación cardíaca es menor en las mujeres que en los hombres, 38,5 y 48% respectivamente, de acuerdo con el metaanálisis publicado por Samayoa et al., probablemente relacionada en parte con una percepción de riesgo o beneficio menor en las mujeres que en los hombres; sin embargo, a esta percepción se suman otros factores con impacto en la adherencia de las mujeres en los programas de rehabilitación cardíaca. Estos factores se agrupan en médicos, psicosociales y del sistema de salud. Los factores médicos que se relacionan con menor adherencia son: mayor edad, número de comorbilidades, ansiedad y depresión, y menor equilibrio y coordinación.(12)

La Sociedad Venezolana de Cardiología (2012), señala que la RC se considera “estándar de oro” en el cuidado del paciente posterior a un evento coronario agudo. Sin embargo, se demostró que solo el 17 % de los pacientes son derivados a PRC. Si se toman como referencia otros estudios publicados, se podrá notar que Ecuador es uno de los países de Latinoamérica con menor porcentaje de derivación de pacientes a RC (15,18-20); no es obligatoria su derivación y no son cubiertos por el seguro médico. En Dinamarca un 30 %, Holanda 60 %, mientras que en Austria es uno de los países con mayor desarrollo en la RC, principalmente en lo que corresponde a la Fase II, cubriendo el 95 % de su población cardíaca afectada.(13)

La Revista Española de Cardiología (2012), señala que en España, la población que accede a este servicio es escasa, alrededor de un 2-3%, y es el país de Europa donde menos centros de rehabilitación cardíaca (RC) hay y menos RC se realiza, según el

informe “*European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey*” (2008). En el 2003, sólo 12 centros públicos del Sistema Nacional de Salud ofrecían RC, la mayoría en hospitales terciarios de Madrid, Cataluña y Andalucía. La causa es debido a que la mayoría de los pacientes con ECV son dados de alta y abandonan el hospital sin haber sido propuestos para entrar en PRC.<sup>(14)</sup>

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017?

### **1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

El terapeuta físico en la rehabilitación del paciente cardíaco ejecuta el programa kinésico, que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y reintegrarlo a su vida social. Este se basa en una serie de ejercicios realizados en un tiempo o etapa determinada dentro de la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular del Departamento de Medicina Física del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Sin embargo, a pesar de saber los beneficios del programa fisioterapéutico, no se ha realizado un registro de la percepción que tiene el paciente respecto a la calidad de atención que se brinda en el servicio de rehabilitación cardíaca.

Esta investigación valorará el grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. De esta manera se podrá conocer la opinión del paciente y evaluar el trabajo realizado en el servicio desde la perspectiva del usuario.

Por tanto el estudio va a permitir conocer, evaluar y corregir posibles deficiencias en la atención al paciente que deberán ser tomadas con suma seriedad para lograr un servicio eficiente y comprometido en lograr una calidad de excelencia.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el grado de satisfacción, según dimensión científico – técnico en pacientes al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular.
- Determinar el grado de satisfacción, según dimensión interpersonal y/o humana en pacientes al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular.
- Determinar el grado de satisfacción, según dimensión instalaciones y y/o comodidades en pacientes al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular
- Determinar que indicador del cuestionario muestra el porcentaje más alto de satisfacción y cual el porcentaje más bajo de satisfacción.

## **1.4. BASES TEÓRICAS**

### **1.4.1 BASE TEÓRICA**

#### **1.4.1.1. CALIDAD DE ATENCION EN SALUD**

Hay múltiples definiciones de lo que se entiende por calidad de los servicios de salud. Todas responden a diversas interpretaciones sobre qué significa atender las necesidades de atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios cuya calidad queremos definir.(15)

Algunas de estas aportaciones lo hizo el Instituto de Medicina de EEUU en 1972, la que define: “asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y lo que los individuos han elegido destinar a ello”. (15) Por otro lado, Avedis Donabedian (profesor emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan) propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más complejo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes”.(16)

Para su análisis Donabedian propone tres componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta, los cuales son: (17)

- Componente Técnico: El cuál es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que brinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
- Componente Interpersonal: El cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

- Aspectos de confort: Los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporciona una atención más confortable.

Otro concepto expuesto fue de M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988; que señala: “Calidad es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”. (17)

Años más tarde, en 1989, la *International Organization for Standardization* (ISO) definió que: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”. Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentren en una zona en común.(16)

A principios de los noventa el Instituto de Medicina de EEUU (IOM) lanzó una segunda definición de calidad: “el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”.(15)

A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo

es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones. (16)

Según la OMS, “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. (15)

#### **1.4.1.1.1. DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO ADOPTADAS POR ESSALUD (18)**

El objetivo es que haya una relación y comunicación con los asegurados, que responda a sus expectativas y demandas. Las dimensiones de la calidad son:

- Servicio de garantía: atención siguiendo los protocolos establecidos libre de error.
- Respuesta oportuna: atención brindada en los tiempos pactados.
- Cordialidad en el trato: atención respetuosa y humanitaria.
- Información completa: se brinda toda la información que el asegurado requiere a lo largo del proceso de atención médica (antes, durante y después).
- Disposición: atención con buena actitud e interés por escuchar, entender y solucionar los problemas o inquietudes del usuario.
- Competencia: atención que refleja el profesionalismo del colaborador, la misma que se traduce en la orientación que brinda al usuario cuando este lo requiere. (18)

#### **1.4.1.1.2. DIMENSIONES ADOPTADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD (19)**

Para la medición de la calidad se han utilizado diversos modelos. El que se ha aplicado en la presente propuesta se sustenta en el desarrollado por Donabedian, que

propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones, en cada una de las cuales se puede encontrar atributos o requisitos de calidad que caracterizarán al servicio de salud. (18)

Las dimensiones de calidad adoptadas por el Ministerio de Salud son:

1. Dimensión técnica: Referidas a los aspectos técnicos de la atención buscando las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad - ética, riesgo beneficio.
2. Dimensión humana: Referida al aspecto interpersonal de la atención ya que es la razón de ser de los servicios de salud, mostrando respeto por los derechos, brindar información completa, mostrar interés por las necesidades del paciente, trato cordial y uso de la ética según los valores de la sociedad.
3. Dimensión del entorno: Referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor presentación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. (19)

#### **1.4.1.1.3. ATRIBUTOS DE LA CALIDAD (19)**

Son las características o rasgos fundamentales que diferencian nuestros servicios en cada una de las dimensiones; establecidos en función a las expectativas y necesidades de los usuarios. Estos son:

- Respeto al usuario: Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales, ya que usuario o paciente es toda persona que tiene el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.
- Información completa: Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles que permitan a las personas tomar decisiones sobre su salud.
- Eficiencia: Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.
- Eficacia: Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.

- Continuidad: Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.
- Oportunidad: Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.
- Integralidad: Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Trabajo en Equipo: Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.
- Privacidad: Respeto a la privacidad de los usuarios, con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.
- Accesibilidad: Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta.
- Satisfacción del usuario externo: Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.
- Satisfacción del usuario interno: Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización. (19)

#### **1.4.1.1.4. FUENTES DE DATOS (20)**

Para saber en qué medida están presentes o no los criterios de calidad se necesitan datos. Estos pueden extraerse de fuentes muy diversas. Las fuentes de datos principales son:

- Observación directa (todo lo observado está cuantificado en la encuesta)
- Registros de la actividad asistencial (historia clínica, ficheros, etc.)
- Encuestas y entrevistas.

#### **1.4.1.1.5. TIPOS DE DATOS (19)**

En relación a los tipos de datos seguiremos el esquema propuesto por Avedis Donabedian. Este autor clasifica los tipos de datos en:

A.- Estructura: Se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.

B.- Procesos: Corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención.

C.- Resultados: Representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados. (19)

#### **1.4.1.2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

La satisfacción del usuario (SU) o paciente es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los pacientes sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud. (21)

Debe considerarse al término satisfacción “como un elemento deseable e importante en la actuación médica, pero intuitivamente entendido por todos, sin que exista un acuerdo en su significado empírico”. Algunos autores de gran influencia en el ámbito de la salud identifican satisfacción del paciente con cantidad y calidad de la información que reciben y se basan en la comunicación del profesional de la salud con el paciente como el criterio de satisfacción. Otros, como Hulka y colaboradores, entienden que la satisfacción del paciente se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia

profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar. (22)

Desde una perspectiva estadística, Ware y colaboradores definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente. Los cuales son:

- La accesibilidad de los servicios
- La disponibilidad de los recursos
- La continuidad de los cuidados
- La eficacia de los cuidados
- El costo de los servicios
- La humanización de los servicios
- La información al paciente
- El acceso a la información
- La competencia profesional del trabajador de la salud
- El entorno terapéutico(22)

Por otro lado, Wolf y colaboradores consideran tres dimensiones en la satisfacción del paciente:

- 1.- Cognitiva: Cantidad y calidad de la información que ofrece el profesional.
- 2.- Afectiva: Interés y comprensión que demuestran los trabajadores de la salud.
- 3.- Competencia profesional: Habilidades y competencia clínica profesional de los trabajadores de la salud.(22)

Sin embargo, Ware, Wolf, Feletti y colaboradores realizaron un estudio y llegaron a la conclusión de que las dimensiones más importantes que se deben considerar son:

- 1.- Comunicación: Explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes.

- 2.- Actitudes profesionales: Los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes.
- 3.- Competencia técnica: Habilidades y conocimientos propios de su profesión.
- 4.- Clima de confianza: Ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con el profesional de la salud sus sentimientos, preocupaciones y temores.
- 5.- Percepción del paciente de su individualidad: Respeto mutuo cimentado en una relación empática. (22)

El objetivo principal de conocer la satisfacción de los pacientes es obtener información para llevar a cabo una intervención que permita mejorar los servicios de salud. Con este fin es de gran interés conocer qué características de la organización y del proveedor condicionan una mayor o menor satisfacción, para planificar un cambio organizacional de cara a aumentar la eficacia de la organización. (23)

El Ministerio de Salud (2011), en el título cuarto del reglamento de establecimiento de salud y servicios médico de apoyo D.S. 013-2006-SA, artículo 98° Estándares e Indicadores de Calidad, se evaluará la satisfacción del usuario o paciente en sus demandas y expectativas. La satisfacción del usuario o paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo. Los resultados obtenidos deben desencadenar tanto programas o proyectos de mejora continua de los procesos, que incorporen acciones de los monitoreo y seguimiento, así como proyectos de investigación como aportes al conocimiento y mejora de la calidad. (Resolución Ministerial – R.M. 527-2011/ MINSA, aprobado el 11 de julio del 2011)(24)

La satisfacción del paciente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El paciente está satisfecho cuando los servicios cubren o

exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. (25)

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aún los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente. (25)

La satisfacción del paciente es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención, por lo cual es indispensable conocer la percepción de los usuarios en torno a ella. (19)

#### **1.4.1.2.1. COMPONENTES DE LA SATISFACCIÓN (26)**

En la investigación y discusión de la satisfacción del paciente es corriente que los cuidados de salud se desglosen en términos de componentes, los cuales llegan a constituir objetos específicos de evaluación. Han sido numerosas las tipologías propuestas para clasificar los componentes. Algunas de ellas han tenido amplia aplicabilidad, mientras que otras se han limitado a contextos específicos. Una taxonomía de ocho componentes, muy conocida, es la propuesta por Ware et al., las cuales se sintetizan así:

- Aspectos interpersonales: Características de la interacción de los prestadores con los pacientes: respeto, cortesía, interés y amistad, entre otros.
- Calidad técnica de la atención: Competencia de los proveedores y adhesión a altos estándares de diagnósticos y tratamiento.
- Accesibilidad.
- Aspectos financieros.
- Eficacia/resultados.
- Continuidad de la atención.
- Ambiente físico.

- Integralidad: Disponibilidad de recursos para la atención.

#### **1.4.1.2.2. GRADOS DE SATISFACCIÓN (27)**

El grado de satisfacción se relaciona con la experiencia vivida al recibir el servicio y se le considera un sentimiento subjetivo, influenciado por las preferencias y necesidades de cada paciente. Mejora la calidad de atención, íntimamente ligada a la satisfacción del paciente, no se refiere solo a un aumento de recursos humanos, materiales financieros sino también a utilizar racionalmente los recursos existentes para lograr la eficiencia en la gestión de los servicios de salud. (27)

Definimos los grados de satisfacción de la siguiente manera:(28)

- 1.- Grado de Satisfacción Alta: Cuando las expectativas se cubren en su totalidad
- 2.- Grado de Satisfacción media y/o intermedia: Cuando no se cumplen las expectativas del paciente en su totalidad.
- 3.- Grado de Satisfacción baja o insatisfacción: Cuando no cumple con las expectativas del paciente.

Dependiendo del grado de satisfacción del paciente, se puede conocer el grado de compromiso que tiene el servicio por brindar una atención de calidad. (28)

#### **1.4.1.2.3. RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN Y CALIDAD (29)**

Dado que ambos conceptos están interrelacionados, incluso algunos autores consideran ambos como sinónimos (Liljander, 1994), que sugiere que los modelos de satisfacción pueden ser denominados de calidad de servicio percibida ya que lo que se estudia es un servicio y no un bien de consumo; otros autores, destacan que los profesionales centrados en la intervención no tienen que diferenciar entre ambos conceptos (Dabholkar, 1995).

Pero a pesar que en ambos casos hablamos de evaluaciones subjetivas por parte de los usuarios, es importante destacar ciertas diferencias, señalando que las investigaciones realizadas sobre satisfacción se han centrado en las evaluaciones posteriores al consumo, mientras que las investigaciones sobre actitudes han enfatizado la atención en evaluaciones anteriores a la decisión de consumo. (29)

#### **1.4.1.3. ENFERMEDADES CARDIACAS (30)**

Constituyen un conjunto de entidades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos. Cuando afecta los vasos sanguíneos puede comprometer órganos como el cerebro, los miembros inferiores, riñones y el corazón. Dentro de las enfermedades cardiovasculares la de mayor recurrencia es la enfermedad coronaria. Existen diferentes tipos de enfermedad cardiaca, y su diagnóstico y tratamiento se basan en el tipo y la severidad de la afección. (30)

##### **1.4.1.3.1. Factores de riesgo para la enfermedad coronaria (31, 32 y 33)**

Diversos estudios epidemiológicos realizados han permitido identificar un gran número de factores de riesgo para las enfermedades coronarias. Son aquellas características biológicas o conductuales cuya presencia confiere una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad en el futuro. (31)

- **Antecedentes familiares:** Generalmente a partir de los 50 años.
- **Edad y Sexo:** Muchos autores plantean que las afecciones cardiovasculares son más frecuentes después de los 50 años, con pocas diferencias respecto al sexo, esto se debe al daño vascular que con el paso del tiempo imponen los factores de riesgo unido al proceso de aterosclerosis que se produce lentamente. En relación con este factor, puede haber una equiparación del riesgo de las mujeres con respecto a los hombres, una vez que ellas pierden la protección estrogénica con la menopausia.

Con respecto al sexo, a pesar de predominar el masculino, no se comprobó asociación causal con el IAM. (31)

- **Dislipidemia o hiperlipidemias:** Es una alteración del metabolismo lipídico, caracterizadas por un aumento de colesterol o hipercolesterolemia e incremento de las concentraciones de triglicéridos o hipertrigliceridemia. Pueden ser causadas por defectos genéticos (dislipidemias primarias), o ser consecuencia de patologías o de factores ambientales (dislipidemias secundarias).(32)
- **Hipertensión arterial:** Las presiones arteriales elevadas producen daño en las paredes internas de las arterias, lesión que favorece la formación de placas de ateromas. La hipertensión arterial constituye un importante factor de riesgo para el surgimiento de complicaciones cardíacas, siendo considerada un problema de salud pública en el ámbito mundial.(33)
- **Sedentarismo:** La actividad física produce una elevación y luego un descenso de la presión arterial; lo que mantiene la elasticidad de las paredes arteriales y favorece el mantenimiento de una baja presión, que es preciso para un buen funcionamiento del corazón. Este factor de riesgo tuvo una asociación causal fuerte con el infarto agudo de miocardio, debido a que estos pacientes con inactividad, tenían un riesgo 3,4 veces mayor de padecer la enfermedad que los que llevaban una vida más activa. (20)
- **Tabaquismo:** El monóxido de carbono del humo inhalado aumenta la posibilidad de sufrir enfermedades cardíacas. Los fumadores tienen 2,87 veces más riesgo de padecer IAM con respecto a los que no practican este hábito y si se elimina la adicción tabáquica en la población estudiada, se disminuirían estas enfermedades en un 65%. (31)
- **Diabetes mellitus:** Considerada por algunos como factor de riesgo importante en la coronariopatía. Es un desorden metabólico de múltiples etiologías caracterizado por hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resulta en defectos en la secreción

y/o en la acción de la insulina. El IAM constituye la primera causa de deceso en diabéticos adultos, manifestándose de forma atípica en muchos casos. (31)

#### **Factores contribuyentes (34)**

- **Drogas:** La cocaína y sus derivados, producen sobre el sistema cardiovascular un efecto derivado de la activación del sistema nervioso simpático. Las concentraciones de catecolaminas circulantes (adrenalina) pueden incrementarse enormemente, tanto como cinco veces sobre los niveles normales, causando diferentes grados de taquicardia, vasoconstricción y elevación de la presión arterial. (34)
- **Estrés:** Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas. La relación entre el estrés emocional y los eventos coronarios mayores aún no ha sido verificada ya que no existe un test científico para cuantificar el grado de estrés emocional. (34)

#### **1.4.1.3.2. TIPOS DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

- Cardiopatía isquémica: (35)

Es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias. Estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias. (35)

Tipos de cardiopatía isquémica: (35)

- a.- Infarto Agudo de Miocardio: Ocurre debido a la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo cuya consecuencia es la necrosis miocárdica.(*ANEXO 1*)

- b.- Angina de pecho estable: Es un síntoma de dolor recurrente en el tórax debido a isquemia miocárdica. El dolor se desencadena tras el ejercicio físico o las emociones y se alivia en pocos minutos de reposo.
  - c.- Angina de pecho inestable: Signo de muy alto riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte súbita. Se desencadena igual que un infarto, pero no existe oclusión completa de la arteria coronaria por el trombo y no se llega a muerte de células cardíacas.
- Valvulopatías: Son enfermedades que impiden la correcta apertura (estenosis valvular) o el cierre correcto (insuficiencia valvular) de una o varias válvulas del corazón. Las valvulopatías más importantes son las que afectan a la válvula aórtica o a la mitral. (35)

#### Tipos:

- a.- Estenosis Aórtica: Obstrucción a la eyección de sangre desde el ventrículo izquierdo (VI) hacia la aorta.
- b.- Insuficiencia aórtica: Afecta a la válvula aórtica e impide su correcto cierre durante la diástole. Esto provoca el retorno de sangre hacia el corazón, provocando una sobrecarga de volumen.
- c.- Estenosis mitral: Afecta a la válvula mitral y provoca una obstrucción en el flujo de sangre entre la aurícula izquierda (AI) y ventrículo izquierdo (VI).
- d.- Insuficiencia mitral: Es la afectación de la válvula mitral que impide su correcto cierre. Provoca un retorno de la sangre en sístole desde el VI a la AI. Causa una sobrecarga de volumen en las cavidades izquierdas. (35)

Las válvulas del lado derecho del corazón (tricúspide y pulmonar) también se pueden afectar y provocar estenosis o insuficiencia. Son valvulopatías menos

frecuentes y generalmente no precisan tratamiento quirúrgico. La estenosis pulmonar suele ser una enfermedad congénita, mientras que la insuficiencia tricúspide aparece normalmente asociada a valvulopatías del lado izquierdo del corazón. (35)

- Arteriopatía periférica: El flujo de sangre a las piernas (y a veces brazos) puede verse reducido cuando las arterias están afectadas el estrechamiento de las arterias periféricas que se produce por la acumulación de placa (grasa, colesterol, plaquetas y daño en la pared de los vasos sanguíneos) dentro de las arterias. La placa puede bloquear el flujo de sangre total o parcialmente. La circulación deficiente debido a esta enfermedad puede ocasionar dolor en la pierna al caminar y una cicatrización mala de las heridas, lo cual deteriora la calidad de vida y puede causar complicaciones graves, como la amputación. Síntomas: Calambres o dolor en los músculos de la pantorrilla, hormigueo, etc. (36)
- Trombosis venosa profunda (TVP): Consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda. Es una forma de trombosis venosa que usualmente afecta las venas en la parte inferior de la pierna y el muslo, como la vena femoral o la vena poplítea, o las venas profundas de la pelvis. A diferencia de las venas superficiales, cercanas a la piel, las venas profundas se encuentran entrelazadas en los grupos de músculos. La TVP puede presentarse a cualquier edad, aunque es frecuente en personas mayores de 50 años. En muchos casos la extremidad afectada se volverá dolorosa, hinchada, roja, caliente y las venas superficiales pueden distenderse repletas de sangre que circula mal. La mayor complicación de una TVP es que podría desalojarse el coágulo y viajar a los pulmones, causando una embolia pulmonar. (37)

### **Contraindicaciones para realizar ejercicio (38)**

Son aquellos pacientes con afección severa. Los pacientes postquirúrgicos cada vez se incorporan antes a los programas, no teniendo que esperar las 6-8 semanas necesarias para que la esternotomía estuviera consolidada.

Las causas médicas más frecuentes de abandono del programa son el mal control de la tensión arterial durante el ejercicio, la presencia de ágor de esfuerzo, los signos y los síntomas de insuficiencia cardíaca y, en ocasiones, la diabetes descontrolada. Las causas musculo esqueléticas también degenerativa a nivel de las rodillas o de la columna lumbar. Las causas no médicas por las que los pacientes abandonan los programas son: falta de motivación, económicas, presencia de carga familiar, reincorporación laboral, excesiva distancia del domicilio, ausencia de cobertura del seguro médico, entre otras. (ANEXO 2)

#### **1.4.1.4. TRATAMIENTOS**

##### **1.4.1.4.1. Tratamiento quirúrgico - Bypass Aorto Coronario (39)**

La técnica del bypass coronario consiste en evitar una arteria coronaria obstruida utilizando un injerto vascular. La principal preocupación hoy en día es extender la duración del funcionamiento del bypass. El tipo de vaso utilizado como injerto varía en función de la experiencia del cirujano y del centro médico. Los vasos más usados en esta operación son: arteria mamaria izquierda y derecha, la vena safena o la arteria radial. El éxito del bypass depende, en primer lugar, del buen funcionamiento de la zona de unión, o anastomosis, entre la aorta y el injerto, y entre injerto y la arteria coronaria más allá de la obstrucción.

Una unión deficiente altera el flujo de la sangre y provoca cargas dinámicas que pueden producir elevadas tensiones en la pared, causando hiperplasia (crecimiento excesivo del tejido) y reestenosis (reaparición de una reducción del diámetro interior), y conduciendo al fracaso del bypass. Además, una excesiva incompatibilidad en la zona de anastomosis, como por ejemplo una acusada diferencia de diámetro entre

arteria coronaria y el injerto, puede someter a la pared vascular a tensiones cercanas a la rotura en las zonas de sutura.

Otro parámetro que influye en el resultado del bypass es la rigidez o flexibilidad del injerto en comparación con la arteria coronaria que es sustituida. La diferencia de rigidez entre injerto y arteria coronaria produce variaciones en el flujo sanguíneo que alteran la irrigación del músculo cardíaco. Además, cuando el injerto es venoso el vaso ha de adaptarse a un funcionamiento bajo presiones mucho más elevadas que a las que estaba habituado. Este proceso es denominado arterialización y provoca cambios importantes en la pared (aumento de grosor y diámetro, entre otros) y en las características mecánicas.

#### **1.4.1.4.2. ANGIOPLASTIA (40)**

Utiliza la guía por imágenes para insertar un catéter con un balón en la punta hacia el interior de un vaso que se encuentra angostado o bloqueado, en el que se infla el balón para abrir el vaso y mejorar el flujo de la sangre. Se puede hacer con un stent vascular (la colocación de un pequeño tubo de malla de alambre adentro del vaso sanguíneo para ayudar a mantenerlo abierto). El procedimiento es mucho menos invasivo que otras intervenciones quirúrgicas y generalmente no requiere de anestesia general.

La angioplastia con o sin la colocación de un stent vascular es un procedimiento mínimamente invasivo realizado para mejorar el flujo de sangre en las arterias y venas, y generalmente se hace en una sala de radiología de intervención. El stent que es un dispositivo metálico que tiene diferentes diseños es colocado de forma permanente en la arteria o vena recién abierta para ayudarla a quedarse abierta. Hay dos tipos de stents:

- a.- Stent convencional: normalmente de acero o cromo-cobalto.
- b.- Stent recubierto de fármacos o liberadores de fármaco: Proporciona el mismo soporte estructural que los stents convencionales, pero además está concebido para

que lentamente libere la dosis exacta de fármaco y, de esta forma, contribuya a prevenir la reestenosis.

#### **1.4.1.4.3. MARCAPASOS <sup>(41)</sup>**

Son dispositivos que se implantan en el cuerpo, justo por debajo de la clavícula, y dispone de un pequeño enchufe en el que se conectan unos cables que llegan hasta el corazón a través de una vena. Este dispositivo hace el trabajo del sistema eléctrico propio del corazón y así evitar ritmos cardíacos lentos. Se compone de un aparato (generador) y uno o más cables (electrodos) dependiendo de la alteración del ritmo del corazón que padezcamos. El objetivo de esta estimulación artificial será lograr que el corazón vuelva a latir lo más parecido posible al de una persona sana. Cuando el pulso es más lento de lo normal, el generador lo detecta y produce impulsos eléctricos que se transmiten a través de los cables al corazón, evitando esta situación anormal y recuperando una frecuencia cardiaca apropiada. El paciente no percibirá estos impulsos. Después del implante y de un corto período de recuperación se podrá realizar una vida normal acorde con la edad y estado general de salud. El marcapasos no supondrá una limitación en las actividades diarias.

#### **1.4.1.4.4. TRASPLANTE CARDIACO <sup>(42)</sup>**

Es un procedimiento terapéutico con limitadas indicaciones para pacientes con insuficiencia cardiaca terminal en quienes no existe otra alternativa que mejore su expectativa en el plazo inmediato o a un año de realizada la indicación. Es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer un corazón enfermo que no puede ser curado con fármacos o cirugía convencional y reemplazarlo por un corazón sano de un donante. No todos los pacientes con un corazón enfermo son candidatos al trasplante cardiaco; en general, existen unos criterios médicos que indican si un paciente es subsidiario de trasplante o no. Se considera en la actualidad junto a la asistencia circulatoria, el tratamiento más eficaz para mejorar de forma significativa el pronóstico de pacientes con insuficiencia

cardíaca en fase terminal, que no es posible conseguir con tratamientos médicos y/o quirúrgicos convencionales.

#### **1.4.1.4.5. REHABILITACIÓN CARDÍACA (43)**

De acuerdo con la OMS, la RCV es “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad”.

Los diferentes protocolos de los programas de rehabilitación cardíaca se fundamentan en las características físicas y psíquicas del paciente (edad, capacidad física, trastornos psicológicos, deterioro osteomuscular, etc.) en las dependencias directas que ha generado la cardiopatía y en la posible coexistencia de otras enfermedades.

El conocimiento de las complicaciones generales, en especial el bypass permite diseñar de forma apropiada dichos programas. Los beneficios que se consiguen con estos programas son bien conocidos en relación con la reducción de la mortalidad, el ahorro económico por la disminución de reingresos hospitalarios y la reincorporación precoz al trabajo, así como en la mejoría de la calidad de vida.

#### **Objetivo(43)**

Los pilares de la rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria son: la actividad física programada, el control riguroso de los factores de riesgo, y cambios en el estilo de vida. Un programa de RC debe tener como objetivo no solo mejorar el estado fisiológico, sino también psicológico del paciente cardíaco basándose en una intervención multidisciplinaria (programa de ejercicios, educación, contención, evaluación médica, evaluación nutricional, etc)

#### **Estratificación de riesgos de los pacientes que participan de la rehabilitación cardíaca:(43)**

Para conocer el riesgo de posibles complicaciones durante el ejercicio los pacientes deben ser estratificados mediante la clasificación propuesta por la Asociación Americana de Rehabilitación Cardiopulmonar (AACVPR). (ANEXO3)

- Paciente de bajo riesgo ( $FE > 50\%$ ) con actividades de 7-8 METS.
- Paciente de moderado riesgo ( $FE = 40$  a  $49\%$ ) con actividades de 5-6 METS.
- Paciente de alto riesgo ( $FE < 40\%$ ) con actividades de menos de 5 METS.

### **Requisitos para la incorporación del paciente al programa de Rehabilitación Cardíaca (44)**

Antes de incorporarse a un programa de RC, todo paciente debe someterse a una evaluación que comprenda los siguientes requisitos:

- Diagnóstico preciso de su patología cardíaca
- Prescripción de un tratamiento médico o quirúrgico adecuado.
- Estratificación del riesgo y pronóstico.
- Identificación del tipo adecuado de rehabilitación.
- Evaluación de la capacidad funcional del paciente, considerando la necesidad de supervisión y futuras evaluaciones médicas.

### **Requerimientos del Programa de Rehabilitación Cardíaca (44)**

Para establecer un programa de RC deben ser considerados los siguientes requerimientos:

- Personal entrenado
- Equipos, material educativo e instalación con requerimientos necesarios.
- Programa de ejercicios físicos y educación de pacientes.
- Arreglos financieros relacionados con el sistema de salud existente. (43)

Un centro es considerado centro de rehabilitación cuando cuenta con un área para realizar actividad física, un plantel (recurso humano) competente y entrenado, un equipamiento adecuado para la realización de ejercicio físico, equipamiento para situaciones de emergencia (carro de paro, desfibrilador, fármacos, etc) personal médico disponible en el área para cubrir situaciones de emergencia, además de considerar la implementación de protocolos de manejo de pacientes en rehabilitación acorde a la patología en curso.(43)

#### **A.- FASES** (43)

La prescripción del ejercicio siempre debe ser considerada individualmente de acuerdo a cada fase y teniendo en cuenta las limitaciones individuales o comorbilidades. Es importante la actividad física precoz y progresiva dentro de un programa de RCV (Rehabilitación Cardiovascular) luego de un IAM o procedimiento de revascularización miocárdica.

Convencionalmente, los programas de rehabilitación cardíaca se inician desde la fase hospitalaria (Fase I) y luego pasarán al programa ambulatorio de la sede que corresponde a la Fase II de dicho programa (el cual es planificado y ejecutado por el fisioterapeuta) y la Fase III, donde se realiza algún tipo de actividad física equivalente a la fase II y se controla el mantenimiento de hábitos de vida saludable; el control es periódico por parte del rehabilitador.

#### **FASE I**(43)

Periodo de internación hospitalaria, tenemos la oportunidad de ver al paciente en un momento muy receptivo. En la mayoría de los casos las personas son muy vulnerables y abiertas a nuevas propuestas para el cambio de estilo de vida. Se centra en luchar contra la alteración de la mecánica respiratoria, mantener la permeabilidad de las vías aéreas, vigilar posibles complicaciones y lograr introducir al paciente a la fase II del programa.

## **FASE II**

### **PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO AMBULATORIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR DEL HNERM (43)**

Una vez que el paciente sale de la sede hospitalaria es derivado al área de Rehabilitación Cardíaca para que continúe su proceso de recuperación y sea reinsertado nuevamente a la sociedad.

En esta etapa el paciente necesita vigilancia y atención de parte del especialista, ya que está en la fase de convalecencia y a menudo sin ningún contacto previo con las actividades físicas formales. La prescripción de ejercicio debe incluir el tipo, intensidad, duración y frecuencia. La duración de la fase II es variable, dependiendo de cada paciente. Los ejercicios se deben iniciar con baja intensidad y bajo impacto, las cuales están caracterizadas principalmente por la repetición que se da a los ejercicios seleccionados por el fisioterapeuta, de esta manera, se permite el acondicionamiento del paciente a la actividad.

Componentes del ejercicio:

El programa de entrenamiento deberá tener en cuenta los siguientes puntos: (43)

- Frecuencia de entrenamiento: la frecuencia de entrenamiento es de al menos dos veces por semana, siendo ideal incentivar al paciente para que realice actividad física a diario.
- Duración de cada sesión: la duración aconsejada es de 40 minutos a 1 ½ hora por día (dosificado por el especialista).
- Intensidad del entrenamiento: se recomienda una intensidad entre 60% a 85% de la frecuencia máxima alcanzada en la prueba de esfuerzo, a esta frecuencia se le llama frecuencia cardíaca de entrenamiento (FCE) y algunas veces puede utilizarse la fórmula de Karvonen.

- Fórmula de Karvonen:  $FCE = (FCM - FC \text{ reposo}) \times 0,70\% + FC \text{ reposo}$  (0,70 ejemplifica el porcentaje de la intensidad del entrenamiento previsto).
- Se deberá tener en cuenta la percepción subjetiva del esfuerzo por parte del paciente, a quien se le interrogará sobre cómo le resulta la intensidad del mismo.
- Especificidad del entrenamiento: considerar en algunos casos entrenar al paciente teniendo en cuenta los grupos musculares que utilizan habitualmente en su trabajo, generando de esta manera mayor fuerza muscular para el trabajo diario.

Como cualquier otra medida terapéutica, es indicado y dosificado siguiendo los lineamientos básicos de prescripción:

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca, se divide en 3 etapas de acuerdo a las condiciones físicas y médicas del paciente, regulando así la cantidad y repetición de ejercicios guiadas por el fisioterapeuta.

### **PLAN KINÉSICO DEL HNERM**

1ro. Frecuencia del entrenamiento: 2 veces por semana

2do. Duración del entrenamiento: 1 ½ hora. Básicamente se divide en 3 etapas: calentamiento, endurecimiento o resistencia y enfriamiento

3ro. Intensidad del entrenamiento: De acuerdo al programa, los ejercicios realizados se llevan a cabo en dos ciclos de actividad aeróbica:

Antes de comenzar a realizar la rutina de ejercicios diseñado por el fisioterapeuta, los pacientes inician la fase de Calistenia que consiste en realizar caminatas alrededor del área de Rehabilitación Cardíaca.

a.- 1er ciclo: Consiste en un grupo de ejercicios orientado al trabajo muscular de todo el cuerpo en posición bípedo. El trabajo realizado consiste en ejercicios de miembros superiores y miembros inferiores por separado y en conjunto. Se lleva ejercicios seleccionados por el especialista (fisioterapeuta).

Una vez terminado la 1era ciclo, se lleva a cabo un periodo de regulación para evitar la fatiga en el paciente que consiste realizar caminatas alrededor del área de la unidad de Rehabilitación.

b.- 2do ciclo: Grupo de ejercicios realizados en posición sedente. El trabajo realizado consiste en ejercicios de miembros superiores y miembros inferiores por separado y en conjunto. Se lleva ejercicios seleccionados por el especialista (fisioterapeuta).

Terminando con caminatas alrededor de la unidad de rehabilitación cardiaca.

Entre cada ejercicio el paciente realiza tranquilamente respiraciones profundas guiadas por el fisioterapeuta.

Una vez culminada cada etapa de la rehabilitación, el paciente es sometido a una prueba de esfuerzo para determinar su pase a la siguiente etapa. Y finalizando todo el programa de rehabilitación cardiaca, el paciente es derivado al médico cardiólogo de piso de la sede hospitalaria para que se le realice un ecocardiograma.

## **B.- CHARLAS INFORMATIVAS**

Dentro del programa de rehabilitación cardiaca dado en la unidad de rehabilitación cardiovascular del HNERM, se brinda a todo paciente, integrante del programa 1 día de cada semana (miércoles) charlas informativas dirigidas no solo por el médico fisiatra sino también y en gran medida por el Terapeuta Físico a cargo de la unidad,

que brinda información adicional a cada paciente con respecto a su patología, a la intervención quirúrgica que tuvieron y como esto influye en las actividades físicas que se realizan cotidianamente. La finalidad del terapeuta físico con estas charlas informativas son el que el paciente conozca al terapeuta físico, generar confianza con el profesional de la salud, además de dar a conocer la importancia del programa fisioterapéutico, sus objetivos y el porqué de la realización de ejercicios y sus diferentes intensidades, así como lo prescindible que es la asistencia continua (evitar el abandono) para la recuperación plena de la salud y poder así ser reinsertado a la vida social y laboral de manera mucho más rápida y eficiente.

También se le otorga al paciente, material físico-informativo como folletos, así como cartillas de ejercicios que puede realizar en casa.

#### **1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Calidad de atención en Salud:** Es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados coherentes con el conocimiento profesional actual, logrando la satisfacción del paciente.

**Satisfacción del Paciente:** Actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente (usuario) y la atención recibida. Es el resultado de un proceso permanente de comparación entre la experiencia y las percepciones subjetivas, en un lado, y en los objetivos y las expectativas, en el otro.

**Paciente:** Proviene de la función curativa de la salud pública y denota al enfermo, a la persona que va a recibir un tratamiento o servicio de salud, cuidados generales y especiales (*Real academia de la lengua española*)

**Usuario:** Toda aquella persona que requiere y obtenga la prestación de servicios de atención médica. (*Hernández-Sampieri; Calidad en Salud*). Es usuario de un servicio de salud toda persona que adquiere el derecho a utilizar

bienes o servicios de salud. Por consiguiente, el usuario es el paciente que recibe un tratamiento.

**Usuario interno:** Personal de salud que utiliza el producto de cada etapa del proceso que se esté estudiando. (*Ministerio de salud pública y asistencia social en El Salvador*)

**Usuario externo:** O paciente; refiérase del individuo que recibe un tratamiento médico. (*Ministerio de salud pública y asistencia social en El Salvador*). Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad. (*Ministerio de Salud – MINSA*)

**Rehabilitación Cardíaca:** Programa de largo plazo que incluye evaluación médica previa, entrenamiento físico, educación y consejos en relación con la reducción de riesgo y cambios del estilo de vida.

**Enfermedades cardiovasculares:** Son enfermedades del corazón y de las arterias, provocadas por un adelgazamiento en las arterias el cuál frecuentemente se debe a la acumulación de placa (formada por grasa y tejido) en las arterias.

### **1.4.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Los pacientes cardíacos manifiestan un alto grado de satisfacción al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).

## **CAPITULO II**

### **MÉTODOS**

## **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo de corte transversal.

### **2.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Es un diseño no experimental (observacional) ya que no se manipulan las variables.

### **2.1.3. POBLACIÓN:**

Fueron 100 sujetos que constituyen la totalidad de pacientes de la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) periodo 2017.

### **2.1.4. MUESTRA Y MUESTREO:**

#### **Muestra**

Aleatoria simple. La muestra obtenida fue de 67 pacientes del área de Rehabilitación Cardíaca que cumplan con los criterios de inclusión en el momento de la recolección de datos y evaluación, el cual se obtuvo a través de un muestreo probabilístico Aleatorio Simple donde todos los sujetos tuvieron la misma oportunidad de participar. Se tuvo en consideración la siguiente fórmula

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N= Tamaño de la población = 100

Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d= precisión (0.03)

n= muestra obtenida = 67.

#### **2.1.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 50 a 85 años de edad.
- Pacientes con afecciones cardíacas.
- Pacientes que tengan más de un mes de tratamiento en el área de rehabilitación cardíaca de la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM.
- Pacientes hemodinámicamente estables.

#### **2.1.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que padecen enfermedades neurológicas y/o mentales.
- Pacientes de alto riesgo (FR< 35)
- Anginas inestables, desfibriladores, post operado de aneurisma aorto abdominal

#### **2.1.5. VARIABLES**

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Grado de Satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio.  
(ANEXO 4)

#### **2.1.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Se procedió a realizar la recolección de datos en cuestión al grado de satisfacción del paciente por medio de un cuestionario elaborado específicamente para la recolección y el análisis de este tema.

Técnica: Entrevista

Instrumento: Consentimiento informado(*ANEXO 9*)

Cuestionario (*ANEXO 10*)

El cuestionario fue adaptado del cuestionario del trabajo de investigación: “Nivel de satisfacción al tratamiento fisioterapéutico en pacientes post-operadas de cirugía mamaria del Servicio de Rehabilitación Oncológica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) –2015”, realizado por la Lic. Arlette Gabriela Muro Moquillaza, contando para ello con su plena autorización. Carta de Autorización (*ANEXO 5*)

## **2.1.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS**

### **Procedimiento**

- Se realizó la validación del Cuestionario “**Satisfacción del paciente cardiaco al programa fisioterapéutico**” a través de 04 jueces expertos en el área a trabajar (Fisioterapeutas con especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratorio) (*ANEXO 6*)
- Se obtuvo el permiso de la jefatura de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del “Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” de acuerdo a: “Requisitos para presentar los proyectos de investigación HNERM”.
- La búsqueda y selección de la muestra se realizó accediendo a un listado de pacientes obtenidos del Departamento de Medicina Física del HNERM de la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular. Se corroboró la afección cardiaca del paciente a través de la historia clínica y por la ficha de rehabilitación para poder hacer un tamizaje de los pacientes.
- Previo al recojo de información, se informó a los participantes el objetivo, beneficio y procedimiento de la investigación, finalizando con la firma del consentimiento informado.
- Se aplicó un cuestionario “**Satisfacción del paciente cardiaco al programa fisioterapéutico**” el cual sirvió para medir el grado de satisfacción del

paciente cardiaco, una vez obtenido los datos, se procedió a codificar, tabular los datos en el Programa SPSS v. 23 para Windows 10, donde se obtuvo los datos del estudio.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

### **Procesamiento de datos**

Para analizar la comprobación de la hipótesis se utilizó la técnica estadística de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), que permitió medir aspectos cualitativos de dos variables categóricas y obtener el grado de significancia  $p(\text{menor})0.05$

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

Para la realización de la presente, se utilizó un cuestionario denominado “Satisfacción del paciente cardiaco al programa fisioterapéutico” realizado por la autora de la investigación. Para la validación del instrumento se contó con la colaboración y aprobación de 4 expertos y/o especialistas en la especialidad de fisioterapia cardiorrespiratoria. El cuestionario constó de 18 preguntas dirigidos a pacientes cardiacos, teniendo en consideración los siguientes indicadores de cada pregunta que son nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre; para determinar el grado de satisfacción se tuvo en consideración alta, medio y bajo. Las dimensiones utilizadas fueron: Dimensión científico – técnica (consta de la 1-5 ítem), dimensión interpersonal y/o humana (del 6-12 ítem) y la dimensión instalaciones y/o comodidades (13-16 ítem), cuyos ítems fueron establecidos a criterio del autor. Para determinar los valores de cada dimensión en la tabla de operacionalización de variables se utilizó la escala de estatinos (*ANEXO 8*)

Se procedió a determinar la confiabilidad del instrumento mediante una prueba piloto con 20 participantes (ajenos a la muestra de estudio). A través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach, encontrando una fiabilidad de 0,862 (altamente confiable) (*ANEXO 7*)

*El cálculo para la obtención de la confiabilidad del instrumento fue la siguiente.*

El valor se calcula con la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

El análisis estadístico por dimensiones, técnico científico, relaciones interpersonales e instalaciones y/o comodidades, fueron transformados a variables cuantitativas de la siguiente manera:

Siempre = 5 puntos

Casi siempre = 4 puntos

Algunas veces = 3 puntos

Casi nunca = 2 puntos

Nunca = 1 punto

Se realizó el puntaje total de las dimensiones. Para los grados de satisfacción se tomó en cuenta lo siguiente:

Siempre y Casi siempre = Satisfacción Alta.

Algunas veces = Satisfacción Media.

Casi nunca y Nunca = Satisfacción baja o insatisfacción.

### **2.1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente es un estudio éticamente viable, se obtuvo la autorización del Comité de ética del HNERM.

Previo a la recolección de información. Se obtuvo el permiso del paciente a través del consentimiento informado, donde se le explicó al participante los beneficios y riesgos que estará expuesto el paciente, finalizando con su firma y huella digital. Se estableció también un compromiso de confidencialidad (*ANEXO 11*)

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

## DATOS GENERALES

Tabla 1. Características de los pacientes ambulatorios del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017 (n= 67)		
Género	n	%
Masculino	55	82,1
Femenino	12	17,9
Grado de Instrucción		
Primaria	3	4,5
Secundaria	15	22,4
Superior técnico	8	11,9
Superior universitario	41	61,2
Edad		
50 - 65 años	25	37,3
66 - 85 años	42	62,7
Media $\pm$ D.E.	67,2 $\pm$ 7,8	

**Fuente:** Realizado por el autor.

En total se evaluaron 67 pacientes ambulatorios que acuden al servicio de rehabilitación cardiovascular, de los cuales el 17,9% fueron mujeres y el 82,1% varones. El nivel de instrucción más frecuente fue superior universitario con 61,2%, seguido del nivel secundaria con 22,4%. La media global de la edad fue de 67,2 $\pm$ 7,8 años, con una mínima edad de 50 años y una máxima de 85 años.

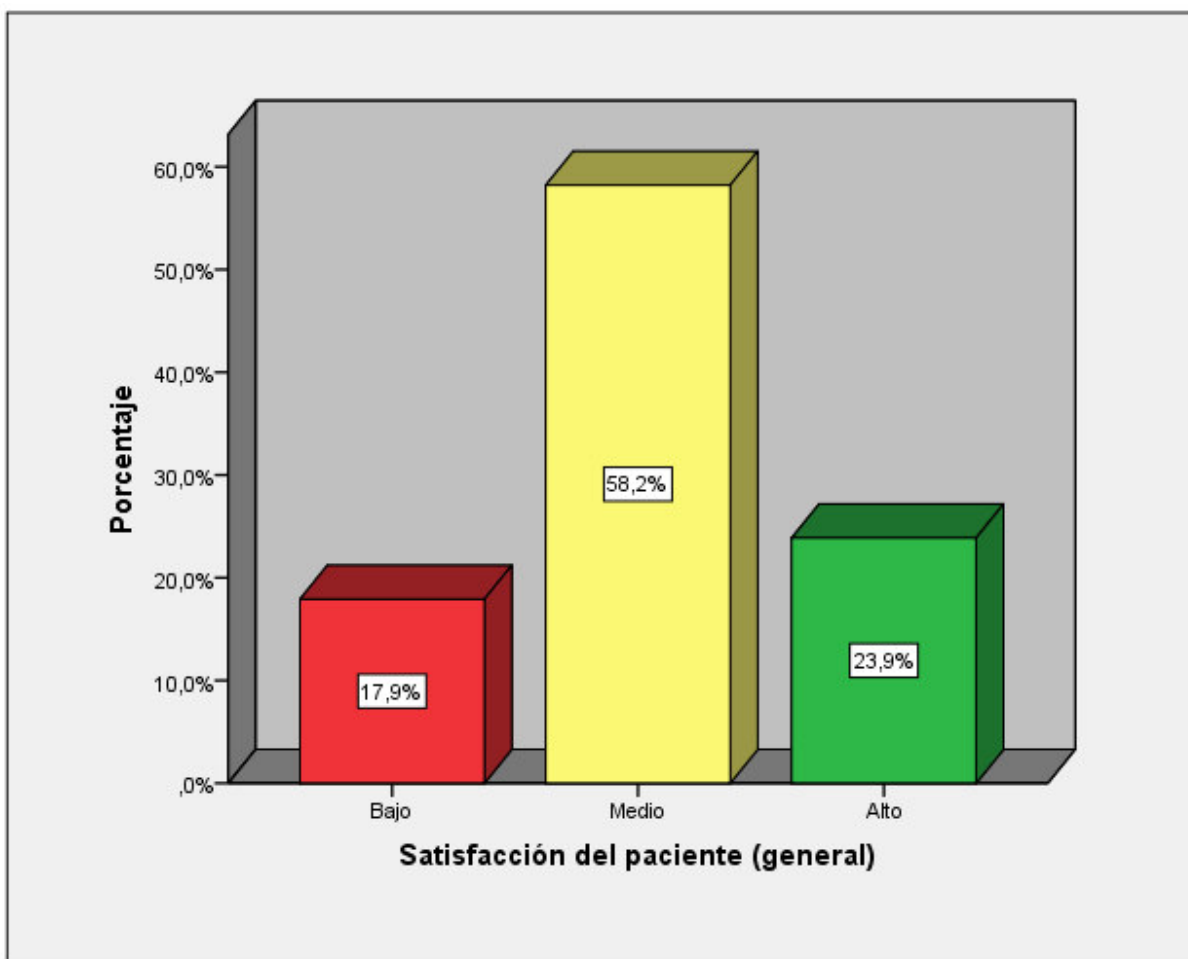
<b>Tabla 2. Grado de satisfacción de los pacientes ambulatorios al programa fisioterapéutico del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017 (n= 67)</b>		
<b>Satisfacción del paciente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	16	23,9
<b>Medio</b>	39	58,2
<b>Bajo</b>	12	17,9
<b>Dimensión Científico - Técnico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	21	31,3
<b>Medio</b>	34	50,7
<b>Bajo</b>	12	17,9
<b>Dimensión Interpersonal o Humana</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	19	28,4
<b>Medio</b>	38	56,7
<b>Bajo</b>	10	14,9
<b>Dimensión Instalaciones o Comodidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	14	20,9
<b>Medio</b>	35	52,2
<b>Bajo</b>	18	26,9

**Fuente: Realizado por el autor.**

Con respecto al grado de satisfacción de los pacientes al programa fisioterapéutico, el 58,2% de los pacientes fueron con satisfacción media, mientras que solo el 23,9% presenta satisfacción alto.

Con relación a las dimensiones de satisfacción de los pacientes tenemos, en la dimensión científico técnico el grado alto fue 31,3% y el nivel medio fue 50,7%. La dimensión interpersonal o humana el grado alto fue 28,4% y el nivel medio fue 56,7% y finalmente, la dimensión instalaciones o comodidades el grado alto fue 20,9% y el nivel medio fue 52,2%.

**Gráfico n°1: Satisfacción del paciente (General)**



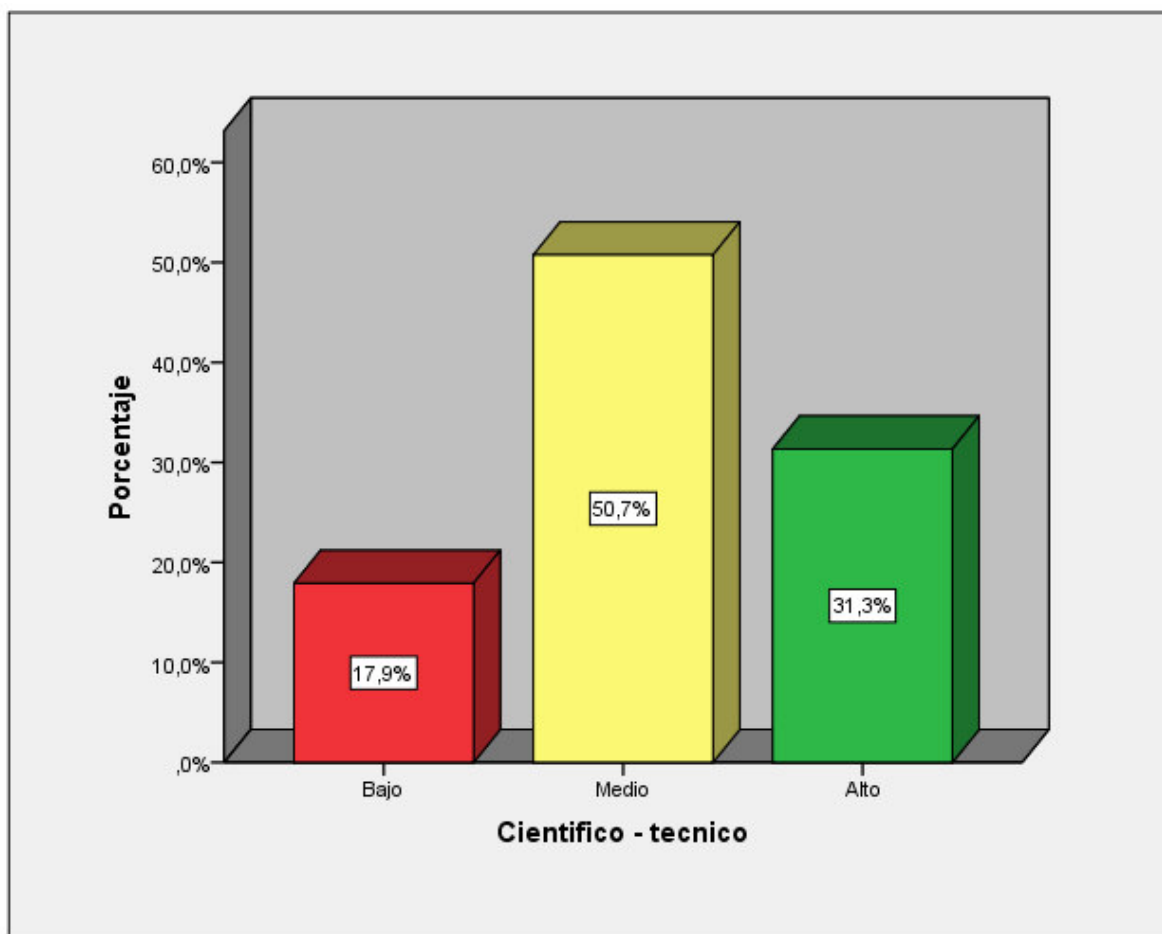
**Parámetros según escala de Estaninos**

**Fuente: Realizado por el autor.**

**Encuesta HNERM 2017**

Los pacientes han manifestado un 58,2% de satisfacción media, un 23,9% de satisfacción alta y un 17,9% de satisfacción baja.

**Gráfico n°2: Dimensión Científico – Técnico**



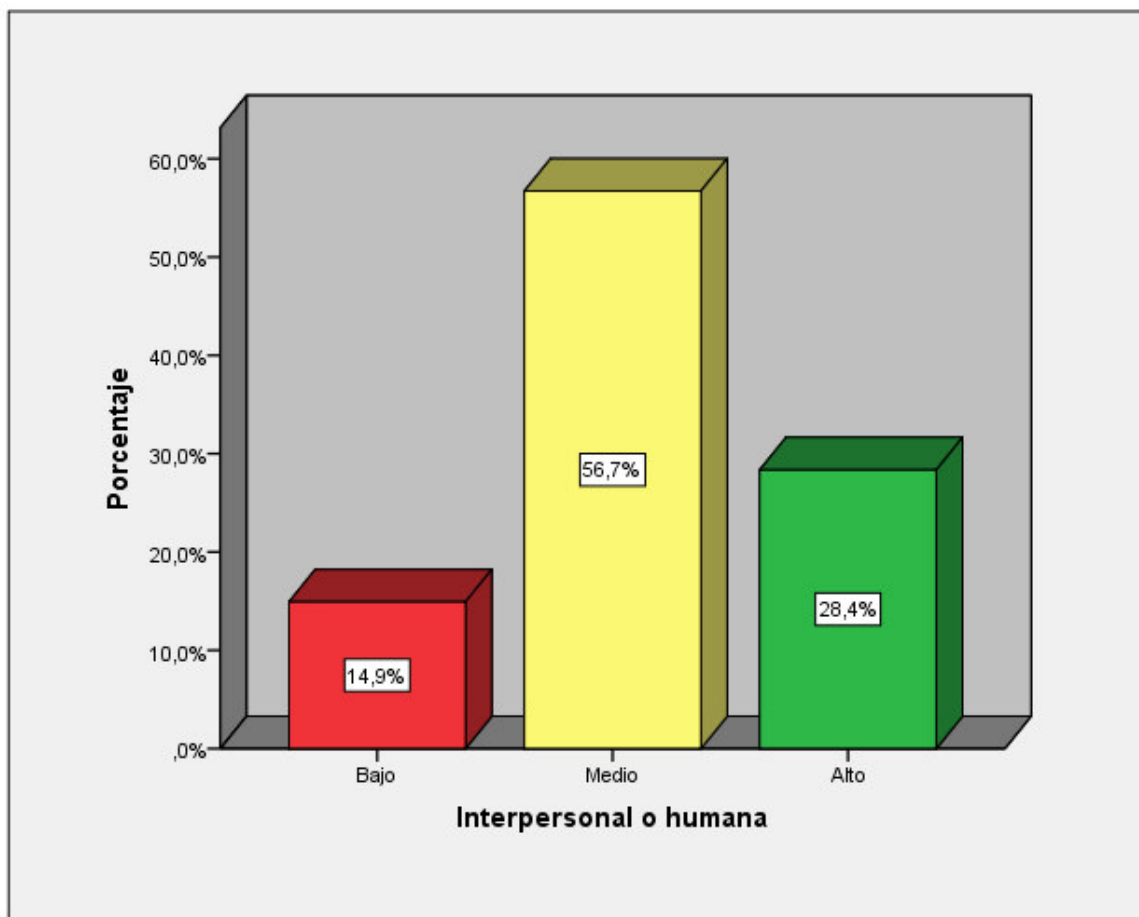
**Parámetros según escala de Estaninos**

**Fuente: Realizado por el autor.**

**Encuesta HNERM 2017**

Los pacientes han manifestado un 50,7% de satisfacción media en la dimensión científico-técnico, un 31,3% de satisfacción alta y un 17,9% de satisfacción baja.

**Gráfico n°3: Dimensión interpersonal o humana**



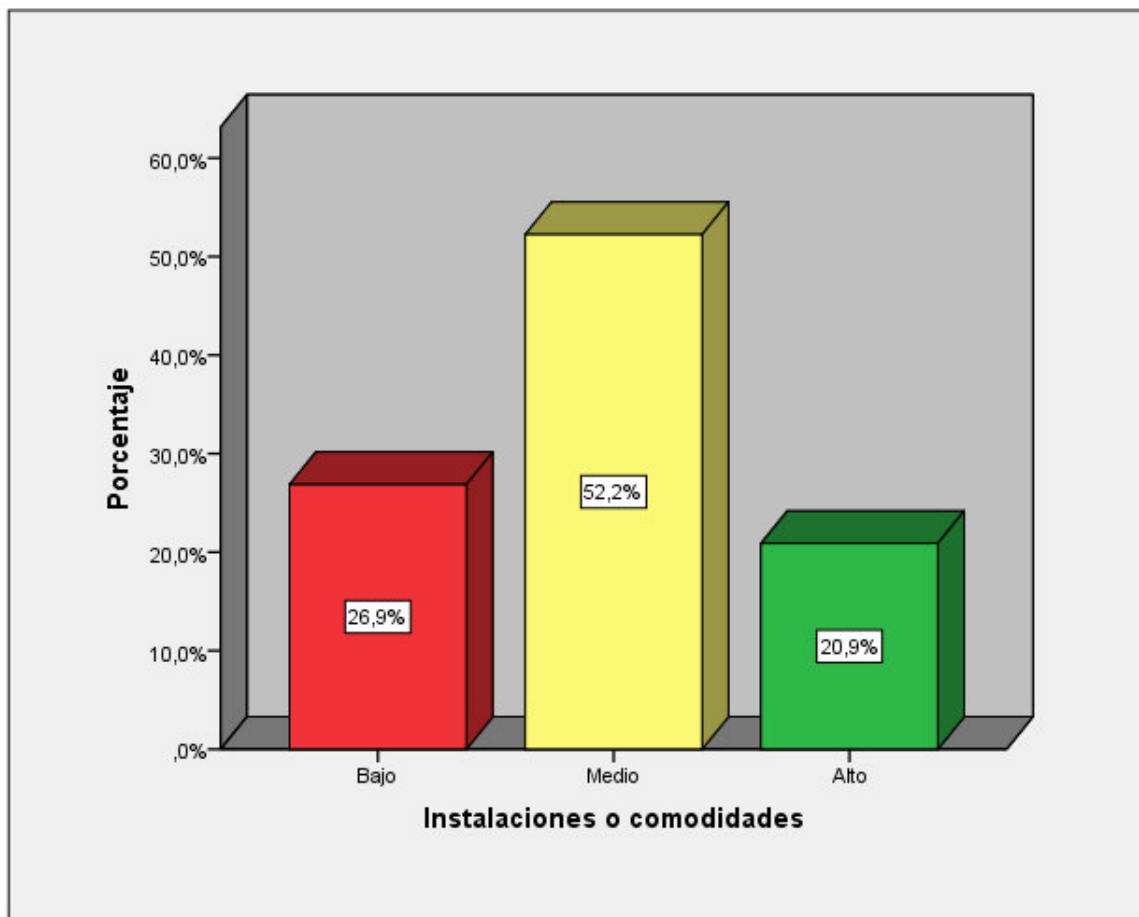
**Parámetros según escala de Estaninos**

**Fuente: Realizado por el autor.**

**Encuesta HNERM 2017**

Los pacientes han manifestado un 56,7% de satisfacción media en la dimensión interpersonal o humana, un 28,4% de satisfacción alta y un 14,9% de satisfacción baja.

**Gráfico n°4: Dimensión Instalaciones y/o Comodidades**



**Parámetros según escala de Estaninos**

**Fuente: Realizado por el autor.**

**Encuesta HNERM 2017**

Los pacientes han manifestado un 52,2% de satisfacción media en la dimensión Instalaciones y/o comodidades, un 20,9% de satisfacción alta y un 26,9% de satisfacción baja.

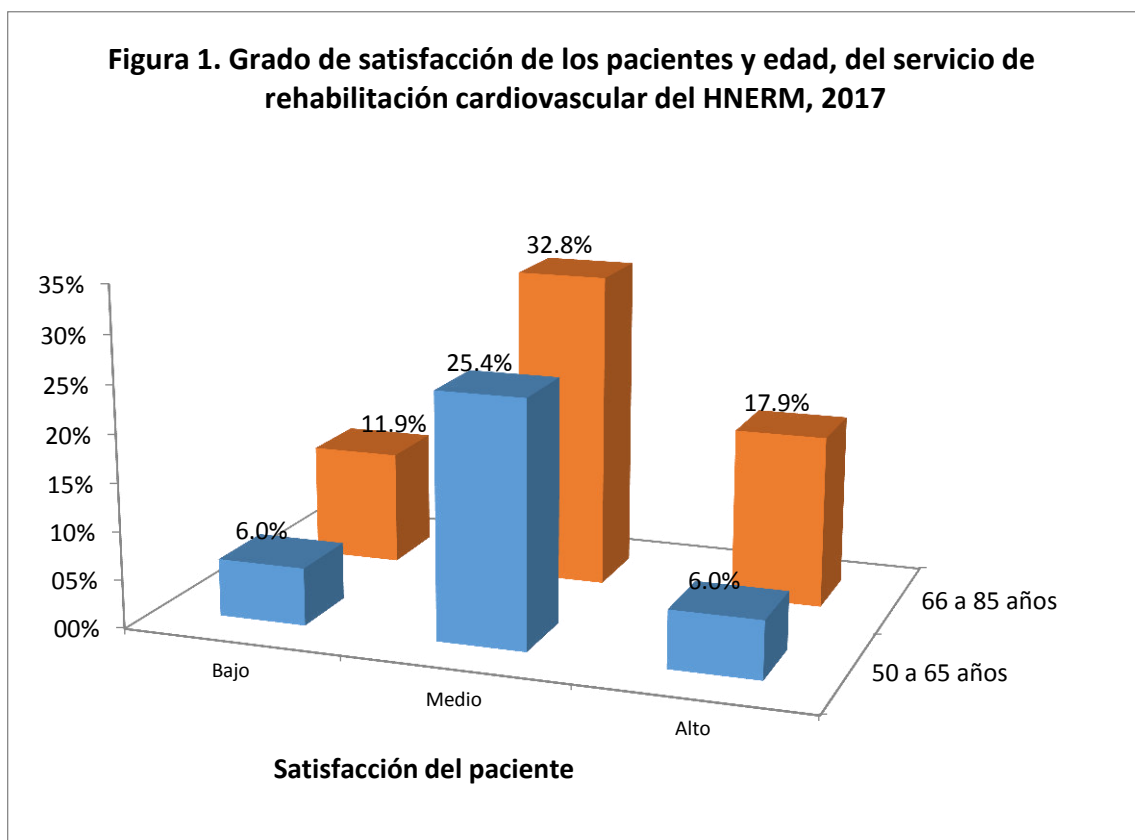
**Tabla 3. Grado de satisfacción de los pacientes ambulatorios al programa fisioterapéutico según características generales, del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017 (n= 67)**

Características de los paciente	Satisfacción del paciente						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad								
50 – 65	4	6,0	17	25,4	4	6,0	25	37,3
66 – 85	8	11,9	22	32,8	12	17,9	42	62,7
Total	12	17,9	39	58,2	16	23,9	67	100%
Correlación de Spearman = 0,076      p = 0.543								
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	2	3,0	3	4,5	7	10,4	12	17,9
Masculino	10	14,9	36	53,7	9	13,4	55	82,1
Total	12	17,9	39	58,2	16	23,9	67	100%
Chi Cuadrado = 10,048    gl.=2      p = 0.007**								
Grado de instrucción	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria/secundaria	2	3,0	10	14,9	6	9,0	18	26,9
Superior técnico/univ.	10	14,9	29	43,3	10	14,9	49	73,1
Total	12	17,9	39	58,2	16	23,9	67	100%
Correlación de Spearman = -0,153      p = 0.215								

**Fuente:** Realizado por el autor.

En la tabla 3 se relaciona la edad y satisfacción de los pacientes, resultando ( $p=0.543$ ), siendo este no significativo. También se puede observar que el 17,9% de los pacientes de 66 a 85 años presenta satisfacción alto y el 6,0% de los pacientes de 50 a 65 años presenta satisfacción alto. En el caso del sexo y satisfacción del paciente, se obtiene un valor ( $p=0.007$ ), siendo estadísticamente significativo. Finalmente, se relaciona el grado de instrucción y satisfacción de los pacientes, resultando ( $p=0.215$ ), siendo este no significativo.

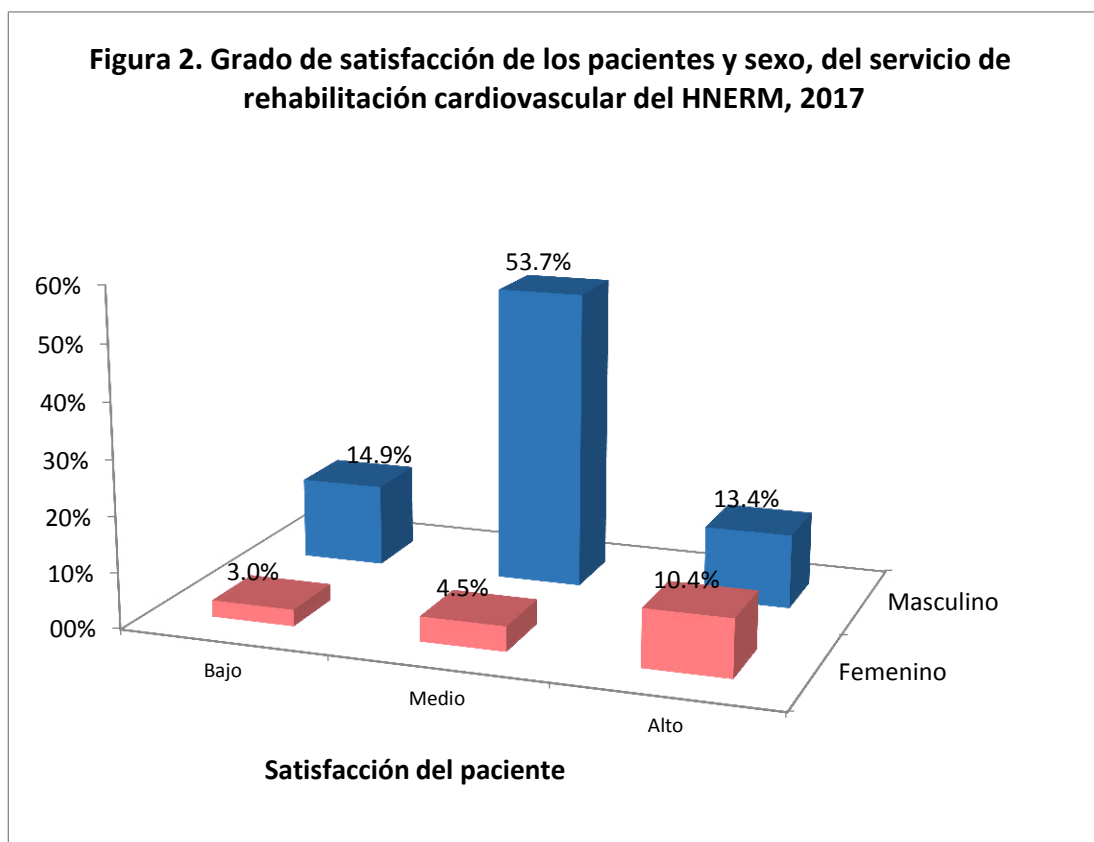
**Gráfico n°5: Grado de Satisfacción del paciente con relación a la edad**



**Fuente: Realizado por el autor.**

Los resultados señalan que los pacientes de entre 50 a 65 años, muestran un grado de satisfacción media de 25,4% y una alta de 6%. Mientras que el grupo etario de entre 66 a 85 años muestra un grado de satisfacción media 32,8% y una alta de 17,9%. Estadísticamente se determinó un valor ( $p=0.543$ ) siendo éste no significativo.

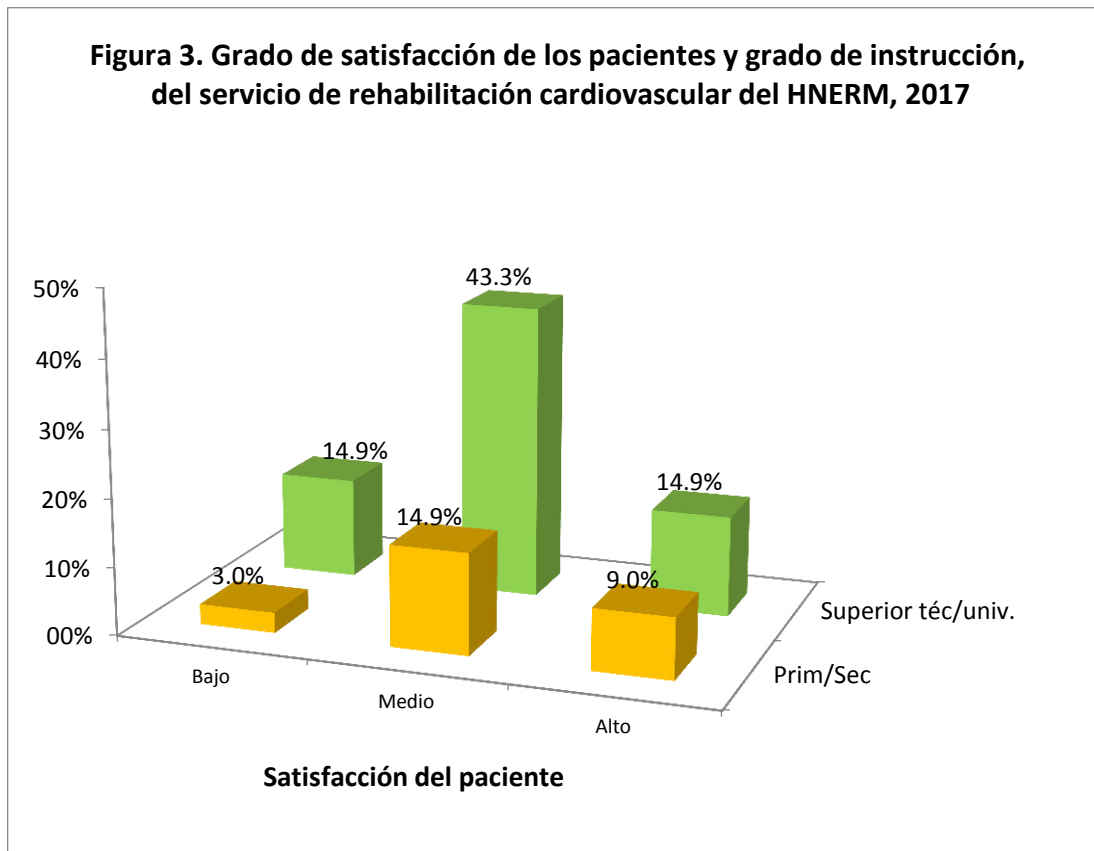
**Grafico n°6: Grado de Satisfacción del paciente con relación al sexo**



**Fuente: Realizado por el autor.**

El estudio determina un grado de satisfacción media de 53,7% y una alta de 13,4% en el grupo masculino, mientras que en el grupo femenino se muestra un grado de satisfacción alta de 10,4% y una media de 4,5%. Los hombres presentan porcentajes de satisfacción más altos. Estadísticamente resulto con un valor  $p=0.007$ , siendo éste significativo.

**Gráfico n°7: Grado de Satisfacción del paciente con relación al grado de instrucción**



**Fuente: Realizado por el autor.**

Los resultados determinaron un grado de satisfacción media de 14,9% y una alta de 9% en el grado de instrucción primaria/secundaria. Por otro lado, el grado de instrucción superior técnico/universitario señala un grado de satisfacción media de 43,3% y una alta de 14,9%; igual que el grado de satisfacción baja. Ésta información implica que los pacientes tienen un mejor entendimiento del instrumento de medición aplicado. Estadísticamente resultó un valor  $p=0.215$ , siendo éste no significativo.

**Tabla 4. Respuestas a las preguntas del cuestionario de los pacientes ambulatorios del servicio de rehabilitación cardiovascular del HNERM, 2017 (n= 67)**

N	PREGUNTAS	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	El terapeuta físico demuestra conocer su caso y/o diagnóstico cardíaco.	1	1,5	0	0,0	5	7,5	16	23,9	45	67,2
2	El terapeuta físico le explica de manera clara y precisa acerca del tratamiento y sus objetivos.	2	3,0	0	0,0	10	14,9	11	16,4	44	65,7
3	El terapeuta físico le brinda una rutina de ejercicios variada.	1	1,5	0	0,0	4	6,0	17	25,4	45	67,2
4	El terapeuta físico le brinda material físico - informativo relacionado con su tratamiento en Rehabilitación Cardíaca.	7	10,4	6	9,0	15	22,4	13	19,4	26	38,8
5	El terapeuta físico le brinda las pautas de cuidado a seguir para una actividad física adecuada en casa.	4	6,0	3	4,5	10	14,9	19	28,4	31	46,3
6	Cree Ud. sentirse mejor luego de culminada la sesión de terapia.	1	1,5	0	0,0	3	4,5	21	31,3	42	62,7
7	El terapeuta físico en el desarrollo de sus terapias demuestra cordialidad y respeto.	1	1,5	0	0,0	2	3,0	4	6,0	60	89,6
8	El terapeuta físico muestra interés en resolver su problema de salud.	0	0,0	2	3,0	6	9,0	24	35,8	35	52,2
9	Ud. mantiene una adecuada comunicación con el fisioterapeuta durante la sesión de terapia.	2	3,0	0	0,0	5	7,5	18	26,9	42	62,7
10	El terapeuta físico demuestra seguridad ante situaciones de emergencia.	2	3,0	0	0,0	4	6,0	26	38,8	35	52,2
11	Se siente Ud. motivado por el terapeuta físico en realizar la actividad física cuando entra al servicio de Rehabilitación Cardíaca.	2	3,0	1	1,5	0	0,0	10	14,9	54	80,6
12	El terapeuta físico es puntual y respeta el tiempo de cada sesión de terapia.	0	0,0	1	1,5	1	1,5	12	17,9	53	79,1
13	Considera Ud. que el ambiente donde recibe el terapia es ordenado, limpio y ventilado.	1	1,5	7	10,4	20	29,9	26	38,8	13	19,4
14	El ambiente donde realiza la terapia otorga las medidas de seguridad necesarias.	7	10,4	11	16,4	17	25,4	16	23,9	16	23,9
15	El servicio cuenta con el equipo y mobiliario adecuados para realizar la terapia.	12	17,9	16	23,9	19	28,4	10	14,9	10	14,9
16	El servicio cuenta con material y equipo para manejar emergencias.	27	40,3	12	17,9	14	20,9	5	7,5	9	13,4

17	El programa fisioterapéutico dentro del programa ambulatorio de rehabilitación cardíaca produce cambios en su estilo de vida.	1	1,5	4	6,0	9	13,4	23	34,3	30	44,8
18	Considera Ud. que recibe un tratamiento de calidad en Rehabilitación Cardíaca.	1	1,5	2	3,0	7	10,4	21	31,3	36	53,7

**Fuente: Realizado por el autor.**

En referencia a satisfacción general de los pacientes, se observa que en los ítems 12 (El terapeuta físico es puntual y respeta el tiempo de cada sesión de terapia), 7 (El terapeuta físico en el desarrollo de sus terapias demuestra cordialidad y respeto.), 11 (Se siente Ud. motivado por el terapeuta físico en realizar la actividad física cuando entra al servicio de Rehabilitación Cardíaca), 6 (Cree Ud. sentirse mejor luego de culminada la sesión de terapia) del total de pacientes muestra un 97%, 95.6%, 95.5% y 94% de satisfacción respectivamente, considerando éstos los de mayor satisfacción. Mientras que los ítems 16 (El servicio cuenta con material y equipo para manejar emergencias), 15 (El servicio cuenta con el equipo y mobiliario adecuados para realizar la terapia), 14 (El ambiente donde realiza la terapia otorga las medidas de seguridad necesarias) del total de pacientes el 20.9%, 29.8% y 47.8% respectivamente se sienten satisfechas; considerando éstos los de menor satisfacción.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

#### IV. DISCUSIONES Y RESULTADOS

- ✓ En este trabajo de investigación se encontró una satisfacción general de 23,9% en los pacientes que realizaron el programa fisioterapéutico ambulatorio del Servicio de Rehabilitación Cardiovascular del HNERM, y un 58,2% de satisfacción media, siendo este reflejo de la calidad de atención que brinda el terapeuta físico a los pacientes que acuden a su servicio. El mayor porcentaje se tuvo en satisfacción media donde se señala que el profesional de la salud cumple con las expectativas del paciente pero no en su totalidad, siendo necesario modificaciones futuras para cambiar esta realidad. El grado de satisfacción obtenido en esta investigación es comparable con el 84% de satisfacción general presentado en un estudio realizado por Blanco, J. y Espinoza, Y. “Calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según la opinión de los pacientes que acuden al Hospital Central FAP. Enero-Abril 2012”, donde emplearon un cuestionario tipo Likert de opción múltiple.
  
- ✓ En el estudio, con relación a la Dimensión Científico – Técnica en el que se demuestra la aplicación de los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en el proceso de desarrollo del profesional, se pudo observar que el 50,7% (34) de los encuestados manifiesta una satisfacción media y un 31,3% (21) de satisfacción alta; un estudio similar dado por Rudas P. Ronald (2016) “Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” que señala un 72% (32) de satisfacción media y un 8% (4) de satisfacción alta.

Por otro lado, el estudio realizado por Blanco, J. y Espinoza, Y. “Calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según la opinión de los pacientes que acuden al Hospital Central FAP. Enero-Abril 2012”, señala que 81,76% de sus encuestados muestra una satisfacción.

Otro estudio presentado por Muro, A. (2015) “Nivel de satisfacción al tratamiento fisioterapéutico en pacientes postoperadas de cirugía mamaria del Servicio de Rehabilitación Oncológica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2105” señala un 90.28% del total de pacientes con satisfacción.

- ✓ En la dimensión Interpersonal o Humana, donde se evalúa la relación que crea y/o entabla el profesional de la salud con el paciente generando confianza no solo en el terapeuta sino también en el tratamiento empleado, se pudo observar que el 56,7% (38) de pacientes encuestados muestra una satisfacción media y un 28,4% (19) de satisfacción alta. El estudio realizado por Rudas P. Ronald (2016) “Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardiaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” en relación a esta dimensión señala un 86% (43) de satisfacción media pero un 6% de satisfacción alta.

Por otro lado el estudio de Blanco, J. y Espinoza, Y. “Calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según la opinión de los pacientes que acuden al Hospital Central FAP. Enero-Abril 2012”, señala que un 85,95% de los pacientes encuestados presenta satisfacción alta. En esta dimensión también se presenta el trabajo realizado por Muro, A. (2015) “Nivel de satisfacción al tratamiento fisioterapéutico en pacientes postoperadas de cirugía mamaria del Servicio de Rehabilitación oncológica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2105” donde manifiesta un 74,26% de satisfacción.

- ✓ En cuanto a la dimensión Instalaciones y/o comodidades, en el cual se evalúa las condiciones y en el ambiente en donde el paciente realiza su tratamiento de rehabilitación, muy importantes para la seguridad y comodidad del individuo (tanto del paciente como del profesional de la salud), se pudo

observar que el 52,2% de pacientes encuestados presenta una satisfacción media y un 20,9% de satisfacción alta. El estudio de Rudas P. Ronald (2016) “Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardiaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, presenta un 62% de satisfacción media y un 14% de satisfacción alta.

Otro estudio es el dado por Blanco, J. y Espinoza, Y. “Calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según la opinión de los pacientes que acuden al Hospital Central FAP. Enero-Abril 2012”, señala un 83,97% de satisfacción; dicho resultado es mucho mayor al presentado en esta investigación.

- ✓ En cuestión a los ítems, el de mayor grado de satisfacción es el 12 (El terapeuta físico es puntual y respeta el tiempo de cada sesión de terapia) con un 97% del total de pacientes y el ítem de menor grado de satisfacción es el 16 (El servicio cuenta con material y equipo para manejar emergencias) con un 20,9% del total de pacientes.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. CONCLUSIONES

Realizado esta investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ El grado de satisfacción del paciente que participa en el programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular es de 23,9% con respecto a una satisfacción alta, un 58,2% de satisfacción media y un 17,9% en satisfacción baja. Pudimos determinar que el mayor porcentaje es de satisfacción media que demuestra un cumplimiento de las expectativas que tiene el paciente hacia el programa fisioterapéutico pero no en su totalidad.
- ✓ En referencia a la Dimensión Científico – Técnico, se observa un 31,3% de satisfacción alta con un 50,7% en satisfacción media.
- ✓ En la Dimensión Interpersonal y/o Humana, se observa un 28,4% de satisfacción alta con un 56,7% en satisfacción media. Esta dimensión es importante ya que es donde se evalúa la creación de los lazos de confianza y respeto entre el profesional de la salud y el paciente.
- ✓ En la Dimensión Instalaciones y/o Comodidades, se observa un 20,9% de satisfacción alta con un 52,2% en satisfacción media.
- ✓ Con respecto a los ítems de mayor grado de satisfacción tenemos al: 12 (El terapeuta físico es puntual y respeta el tiempo de cada sesión de terapia), 7 (El terapeuta físico en el desarrollo de sus terapias demuestra cordialidad y respeto.), 11 (Se siente Ud. motivado por el terapeuta físico en realizar la actividad física cuando entra al servicio de Rehabilitación Cardíaca), del total de pacientes muestra un 97%, 95.6% y 95.5% de satisfacción respectivamente.

Los ítems de menor grado de satisfacción son: ítems 16 (El servicio cuenta con material y equipo para manejar emergencias), 15 (El servicio cuenta con el equipo y mobiliario adecuados para realizar la terapia), 14 (El ambiente donde realiza la terapia otorga las medidas de seguridad necesarias) del total de pacientes el 20.9%, 29.8% y 47.8% respectivamente.

## 5.2. RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos en la investigación, se pueden dar las siguientes recomendaciones:

- ✓ Subsanan las dificultades descritas según los resultados conseguidos en este estudio para poder obtener una atención de calidad, tomando conciencia así de las limitaciones que se tiene como institución, siendo la más importante la deficiencia evidenciada entorno a las normas de seguridad cardiaca (unidades de emergencia, implementación adecuada del área de trabajo) establecidas por las diferentes instituciones médicas a nivel mundial; como la Sociedad Sudamericana de Cardiología y la Sociedad Española de Cardiología.
- ✓ Reforzar el compromiso que tiene la institución hospitalaria con el área de Rehabilitación Cardiovascular, buscando la innovación y/o implementación constante del servicio, en base a los últimos avances en esta área, al desarrollo y capacitación de sus profesionales y las sugerencias dados por estos últimos para la mejora permanente del servicio.
- ✓ Implementar con mayor frecuencia el uso de material informativo relacionado al tratamiento que realiza el paciente en el área de Rehabilitación Cardíaca, para que pueda hacer uso de él en su domicilio y sirva de una guía tanto para el paciente como para los familiares.
- ✓ Elaborar más estudios sobre satisfacción y calidad de atención para poder tener un registro de las demandas y/o solicitudes de los pacientes, y así involucrarlos en la solución de los problemas para tener un servicio y tratamiento de calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández, A. Díaz, D. y col. Análisis espacial de la mortalidad distrital por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao. Rev. Perú. med. exp. Salud publica vol.33 no.1 Lima. 2016. URL DISPONIBLE EN: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000100031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000100031&script=sci_arttext)
2. Fernández, R. Enfermedades coronarias son la principal causa de muerte en el país. Seguro Social de Salud del Perú. 2015. URL DISPONIBLE EN: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-enfermedades-coronarias-son-la-principal-causa-de-muerte-en-el-pais/>
3. Massip, C. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. 2008. Cuba. URL DISPONIBLE EN: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)
4. Fariñas, A.; Báez, R. y col. La satisfacción de la población con los servicios brindados por la Misión Médica Cubana en Venezuela. Artículo Original no 16. 2013. URL DISPONIBLE EN: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/2/6>
5. Rudas, R. Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2016. URL DISPONIBLE EN: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5086/1/Rudas\\_Paqui](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5086/1/Rudas_Paqui)

yauri Ronald 2016.pdf

6. Muro, A. Nivel de satisfacción al tratamiento fisioterapéutico en pacientes postoperadas de cirugía mamaria del Servicio de Rehabilitación Oncológica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2015. Tesis para titulación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2015.
7. Blanco, J. Espinoza, Y. Calidad de atención que brinda el fisioterapeuta según la opinión de los pacientes que acuden al Hospital Central FAP. Enero – Abril 2012. Tesis para titulación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2012
8. Pérez, J. La calidad de atención y nivel de satisfacción de los usuarios del área de rehabilitación del Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Catón Latacunga provincia de Cotopaxi, en el periodo noviembre 2013 – marzo 2014”. Tesis para titulación. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. 2015. URL DISPONIBLE EN:  
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9329/1/P%C3%A9rez%20Riera%2c%20Jenny%20Elizabeth.pdf>
9. Rodríguez, L. Martínez, J. Valencia, D. y Daza, L. Percepción de la satisfacción en la atención en usuarios atendidos por estudiantes de fisioterapia de la Universidad del Rosario. RevMovCient. 2015; 9(1):41-48. URL DISPONIBLE EN:  
[file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PERCEPCIONDELASATISFACCIONENLAATENCIONENUSUARIOSAT-5296183%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PERCEPCIONDELASATISFACCIONENLAATENCIONENUSUARIOSAT-5296183%20(3).pdf)
10. Ortega, Y., Armas, N., Noval, R. y col. Incidencia del infarto agudo de miocardio. Rev. Cubana InvestBioméd 2011. Vol.30. n°3. URL DISPONIBLE EN:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002011000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300005)

11. Reyes, M., Ruiz, E. y col. del RENIMA II. REGISTRO NACIONAL DE INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO II. RENIMA II. Rev. Peruana de Cardiología. Enero – Abril 2013. Vol.XXXIX N°1. URL DISPONIBLE EN:<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v39n1/a2.pdf>
12. Anchique, C., Fernández, R. y col. Rehabilitación Cardiovascular en la mujer. Revista Colombiana de Cardiología 2018; 25 Supl 1:99-105. URL DISPONIBLE EN: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-rehabilitacion-cardiovascular-mujer-S0120563317302528>
13. Rodríguez, J., López, F., Pérez, C. y col. Situación actual de los programas de rehabilitación cardíaca en Ecuador. Avances Cardiol 2012; 32(3):246-254. URL DISPONIBLE EN: [http://avancescardiologicos.org/site/images/documents/Avance\\_Cardiologico/2012/AC\\_32\\_283\\_29\\_2012.pdf#page=31](http://avancescardiologicos.org/site/images/documents/Avance_Cardiologico/2012/AC_32_283_29_2012.pdf#page=31)
14. Cano, R., Alguacil. I., Martín, J. y col. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp. Cardiol. 2012;65:72-9. URL DISPONIBLE EN: <http://www.revespcardiol.org/es/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida/articulo/90073500/#bib12>
15. Donabedian, A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad. 1990; 6: 15?26

16. Suñol, R. La Calidad de la Atención. Fundación AvedisDonabedian. URL DISPONIBLE EN:  
[http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)
17. DiPrete, L; Miller, L. y col. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. 2da edición. USAID. USA. URL DISPONIBLE EN:  
[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnach089.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf)
18. EsSalud. Programa de Calidad de Servicio. Política y Sistema Integral de Gestión. Lima, Perú. 2008. URL DISPONIBLE EN:  
[http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual\\_calidad.pdf](http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_calidad.pdf)
19. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Instituciones. Lima, Perú. 2003. URL DISPONIBLE EN:  
[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/EstandarHosp2003.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf)
20. Aguirre, O.; Gordillo, D. y col. Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud. Ministerios de Salud. Lima, Perú. 2002. URL DISPONIBLE EN:  
[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/Estandar1erNivel2003.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/Estandar1erNivel2003.pdf)
21. Seclén, J y Darras, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Peru 2000. AnFacMed Lima 2005;66(2). URL DISPONIBLE EN:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n2/a07v66n2.pdf>

22. De los Ríos, J.; Ávila, T. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, Vol.XXII No 2. 2004, pp.128-137. URL DISPONIBLE EN: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105216892010.pdf>
  
23. Delgado, A.; López, L.; Luna, J. La Satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. España. GacSanit 1993; 7:32-40. URL DISPONIBLE EN: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911193711310>
  
24. Ministerio de Salud. Dirección de Calidad en Salud. Satisfacción del Usuario Externo. 2011. URL DISPONIBLE EN: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/teleconferencia/Satisfacci%F3n%20del%20Usuario%20Externo.pdf>
  
25. Vigo, I.; Morón, C.; Carvajal, R. y col. Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. 2002. URL DISPONIBLE EN: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20-%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf>
  
26. Velandia, F.; Ardón, N. y Jara, M. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.6 no.13. Bogotá. 2007. URL DISPONIBLE EN: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272007000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200008)
  
27. Aranaz J. La calidad en los servicios sanitarios, una propuesta general para los servicios clínicos. Madrid, 2006. Primer congreso virtual iberoamericano de neurología. [citado 26 Agos 2010]. URL DISPONIBLE EN: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/>

asistencia-7.html.

28. Acosta Z. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y ginecoobstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2007
29. DiPrete L, Mille L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. 2da ed. U.S.A. USAID; 1990
30. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Enfermedad Cardiovascular. Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. Argentina. URL DISPONIBLE EN:  
<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/enfermedad-cardiovascular>
31. Tamara, J., Bello, V., Pérez, G. y col. Factores de riesgo coronario asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor. Medisan 2013; 17(1):54. URL DISPONIBLE EN:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17\\_1\\_13/san081713.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_1_13/san081713.pdf)
32. Escribano, A., Tomás, A., Lozano, J. y col. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. Rev. GacSanit. de España 2010; 24(4): 282-287. URL DISPONIBLE EN:  
<http://www.scielosp.org/pdf/gs/v24n4/original2.pdf>
33. Trindade, C., Afonso dos Santos, L., Dalva de Barros, M., y col. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jul-Ago.2014;

- 22(4): 547-53. URL DISPONIBLE EN:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es\\_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf)
34. Fundación del Corazón. Riesgo Cardiovascular. 2016. URL DISPONIBLE  
 EN: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html>
35. Fácila, L. Cardiopatía isquémica. Fundación Española del Corazón. España. 2015. URL DISPONIBLE EN:  
<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
36. Torpy, J. Arteriopatía periférica. La revista de la American Medical Association vol.301,núm.2. 2009. URL DISPONIBLE EN:  
<http://blueapplecare.com/pdf/Spanish/Arteriopatia%20periferica.pdf>
37. Pérez, D. Diagnóstico clínico de la trombosis venosa profunda. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. 2013; 14(sup) SIMPOSIO. URL DISPONIBLE EN:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol14\\_sup\\_13/ang0413sup.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol14_sup_13/ang0413sup.htm)
38. Pleguezuelos, E.; Miranda, G. y col. Principios de Rehabilitación Cardíaca. 1era ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana Madrid; 2011. Capítulo 11, Indicaciones de los programas de Rehabilitación Cardiovascular; p. 143-144.
39. Claes, E., García, C., G.V Guinea y col. Análisis Mecánico de un Bypass Coronario Térmico – Terminal. Anales de Mecánica de la Fractura 25. España, Vol.1 (2008). URL DISPONIBLE EN:  
<http://www.gef.es/Congresos/25/PDF/2-1.pdf>

40. American College of Radiology (ACR). Angioplastía y stent vascular. USA. 2016. URL DISPONIBLE EN:  
<http://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/angioplasty.pdf>
41. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía del paciente portador de marcapasos. Sociedad Española de Cardiología. 2015. URL DISPONIBLE EN:  
[http://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia\\_del\\_paciente\\_portador\\_marcapasos.pdf](http://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia_del_paciente_portador_marcapasos.pdf)
42. Burgos, R., Ramis, S., Martínez, P. Trasplante Cardíaco. Cir. Cardiov. 2011; 18(2):91-102. URL DISPONIBLE EN:  
[file:///C:/Users/User/Downloads/S1134009611700638\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S1134009611700638_S300_es.pdf)
43. López, F., Pérez, C., Zeballos, P. y col. Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. Rev. UrugCardiol. 2103; 28: 1889 – 224. URL DISPONIBLE EN:  
[http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2\\_consenso\\_rehabilitacion.pdf](http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_consenso_rehabilitacion.pdf)
44. Rivas, E. Rehabilitación. Sociedad Española de Cardiología; 2009. Capítulo 8, Necesidades materiales y humanas en los programas de rehabilitación cardíaca; p. 101. URL DISPONIBLE EN:  
<https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

CLASIFICACION IAM				
SEGÚN ZONA DE OCLUSIÓN	ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA	A.ASCENDENTE ANTERIOR	Infartos anteriores o anterolaterales	
			Segmento proximal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Infarto anterolateral extenso. Con mayor riesgo de complicaciones.</li><li>- Peor pronóstico</li></ul>
		ARTERIA CIRCUNFLEJA	Infartos posteriores o posterolaterales	
	ARTERIA CORONARIA DERECHA	Segmento distal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pequeño infarto inferior con escaso riesgo de complicaciones.</li><li>- Buen pronóstico.</li></ul>	
		Segmento Proximal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Repercute en el flujo de ramas ventriculares derechas. Cuando el ventrículo se ve afectado es más negativo el pronóstico del infarto inferior.</li></ul>	
SEGÚN TIEMPO DE OCLUSIÓN	INFARTO SUBENDOCÁRDICO	<ul style="list-style-type: none"><li>- De tiempo de oclusión corto, generando un infarto pequeño que no afecta el grosor completo de la pared del corazón.</li><li>- Buena evolución.</li></ul>		
	INFARTO TRANSMURALES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oclusión coronaria prolongada</li><li>- Necrosis del grosor completo de la pared del corazón.</li><li>- Mayor riesgo de complicaciones tanto a corto como a largo plazo.</li></ul>		

*FUENTE: Fundación Española de Cardiología (2016)*

## ANEXO N°2

### Contraindicaciones para realizar ejercicio físico en los programas de Rehabilitación Cardíaca

- **Absolutas**
  - Aneurismas disecante de aorta.
  - Estenosis grave del tracto de salida del ventrículo izquierdo.
- **Temporales o relativas**
  - Angina inestable.
  - Enfermedades descompensadas
    - \* Insuficiencia cardíaca
    - \* Diabetes
    - \* Hipertensión arterial
    - \* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
  - Enfermedades agudas:
    - \* Embolismo pulmonar
    - \* Miocarditis, pericarditis, endocarditis, derrame pleural
    - \* Trombosis valvular
  - Infección de la esternotomía, infecciones activas a cualquier nivel
  - Enfermedades musculoesqueléticas:
    - \* Hernia discal lumbar, estenosis de canal lumbar
    - \* Gonartrosis, lesiones meniscales y ligamentosas de rodillas, coxartrosis avanzadas, bursitis de cadera.
    - \* Reumatismos inflamatorios no controlados (artritis reumatoide, psoriásica, espondiloartropatías seronegativas, etc.)
    - \* Síndrome varicoso importante.
  - Trastornos del ritmo cardíaco:
    - \* Extrasístoles ventriculares que aumentan con el ejercicio.
    - \* Taquicardia ventricular.
    - \* Taquicarritmiasupraventriculares no controladas

*FUENTE: Indicaciones de los Programas de Rehabilitación Cardiovascular.  
Contraindicaciones*

## ANEXO N° 3

**Tabla 3.** Estratificación para riesgo de eventos según AACVPR

### *Bajo riesgo*

1. Sin disfunción significativa del ventrículo izquierdo (fracción de eyección mayor a 50%).
2. Sin arritmias complejas en reposo o inducidas por el ejercicio.
3. Infarto de miocardio; cirugía de revascularización miocárdica; angioplastia coronaria transluminal percutánea, no complicados.
4. Ausencia de insuficiencia cardíaca congestiva o signos/síntomas que indiquen isquemia posevento.
5. Asintomático, incluyendo ausencia de angor con el esfuerzo o en el período de recuperación.
6. Capacidad funcional igual o mayor a 7 METS (en prueba ergométrica graduada realizada en cinta)\*.

### *Moderado riesgo*

1. Disfunción ventricular izquierda moderada (fracción de eyección entre 40% y 49%).
2. Signos/síntomas, incluyendo angor a niveles moderados de ejercicio (5-6,9 METS)\* o en el período de recuperación.

### *Alto riesgo*

1. Disfunción grave de la función del ventrículo izquierdo (fracción de eyección menor a 40%).
2. Sobrevivientes de un paro cardíaco o muerte súbita.
3. Arritmias ventriculares complejas en reposo o con el ejercicio.
4. Infarto de miocardio o cirugía cardíaca complicadas con shock cardiogénico, insuficiencia cardíaca congestiva, y/o signos/síntomas de isquemia posprocedimiento.
5. Hemodinámica anormal con el ejercicio (especialmente curva plana de la tensión arterial o descenso de la tensión arterial sistólica, o incompetencia cronotrópica).
6. Capacidad funcional menor a 5 METS\*
7. Síntomas y/o signos incluyendo ángor a bajo nivel de ejercicio (<5 METS) o en el período de recuperación.
8. Infradesnivel del segmento ST significativo (mayor a 2 mm).

*Se considera de alto riesgo con la presencia de alguno de estos factores de riesgo incluidos en esta categoría*

\* Estrictamente hablando, si no se puede disponer de la medida de la capacidad funcional, esta variable no debe ser considerada en el proceso de la estratificación de riesgo. Sin embargo, se sugiere que si el paciente es capaz de subir dos pisos de escaleras con adecuada tolerancia, se puede inferir que su capacidad funcional es al menos moderada.

*FUENTE: Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología.*

#### ANEXO N°4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES	INSTRUMENTO
Grado de Satisfacción del paciente	Es producto de la interacción de las expectativas del paciente y la atención recibida en el programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de Rehabilitación Cardiovascular, por lo que está influenciado por las preferencias y necesidades de cada paciente.	La escala utilizada es la de Likert por lo que el puntaje mínimo es de 18 puntos y el máximo de 90 puntos, en base a los 18 items presentados en el cuestionario validado.  Se clasifican los grados:  General  1.- Satisfacción Alta  2.- Satisfacción media  3.- Satisfacción baja	Científico – Técnico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento</li> <li>- Material informativa</li> <li>- Orientación/ seguimiento</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	6 – 18 = Bajo  19 - 24 = Medio  25 - 25 = Alto	Cuestionario validado
			Interpersonal y/o humana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trato cordial</li> <li>- Serenidad</li> <li>- Interés en el problema de salud.</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	9 – 30 = Bajo  31 - 34 = Medio  35 – 35 = Alto	Cuestionario validado
			Instalaciones y/o comodidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura</li> <li>- Seguridad</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	4 – 9 = Bajo  10 - 15 = Medio  16 – 20 = Alto	Cuestionario validado

## ANEXO N° 5

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
**(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)**

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

### **CARTA DE AUTORIZACION DE LA AUTORA**

Estimada:

Mediante la presente

Yo, Lic. ARLETTE GABRIELA MURO MOQUILLAZA identificada con DNI \_\_\_\_\_; autora del trabajo de grado titulado **“Nivel de Satisfacción al Tratamiento fisioterapéutico en pacientes post-operadas de cirugía mamaria del servicio de Rehabilitación Oncológica-INEN 2015”**, presentado y aprobado en el año 2015; le autorizo a UD. Bachiller KETTY AMARO RUBINA, para que con fines académicos, utilice mi instrumento de medición como base para su estudio.

Por consiguiente, suscribimos la presente de buena fé para los fines pertinentes.

---

Lic. Arlette Gabriela Muro Moquillaza

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
**(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)**

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

**CARTA DE AUTORIZACION DE LA AUTORA**

Estimada:

Mediante la presente

Yo, Lic. ARLETTE GABRIELA MURO MOQUILLAZA identificada con DNI 48683359; autora del trabajo de grado titulado "**Nivel de Satisfacción al Tratamiento fisioterapéutico en pacientes post-operadas de cirugía mamaria del servicio de Rehabilitación Oncológica-INEN 2015**", presentado y aprobado en el año 2015; le autorizo a UD. Bachiller KETTY AMARO RUBINA, para que con fines académicos, utilice mi instrumento de medición como base para su estudio.

Por consiguiente, suscribimos la presente de buena fé para los fines pertinentes.



---

Lic. Arlette Gabriela Muro Moquillaza

## ANEXO N°6

### UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

## TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

### DATOS DEL TESISISTA:

**Apellido y Nombres:** AMARO RUBINA, KETTY

**Título de la Tesis :**

“Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017”

### DATOS DEL JUEZ EXPERTO INFORMANTE:

**Apellido y Nombres:**

**Profesión/Institución laboral/cargo:**

LISTA DE CHEQUEO (D=deficiente; R= regular; B= bueno; MB = muy bueno; E= excelente)

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
<b>CLARIDAD</b>	Formulado con lenguaje apropiado					
<b>OBJETIVIDAD</b>	Expresado en conductas medibles					
<b>ACTUALIDAD</b>	Adecuado al avance ciencia y tecnología					
<b>ORGANIZACIÓN</b>	Existe una organización lógica					
<b>SUFICIENCIA</b>	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					
<b>INTENCIONALIDAD</b>	Adecuado para determinar el nivel de satisfacción de las pacientes con el tratamiento Ft.					
<b>CONSISTENCIA</b>	Basado en aspectos teóricos-científicos					
<b>COHERENCIA</b>	Entre los índices, indicadores y las variables					
<b>METODOLOGIA</b>	La estrategia responde al propósito de la investigación					
<b>PERTINENCIA</b>	El inventario es aplicable					

**JUEZ EXPERTO:**

## ANEXO N°6

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

### TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

#### DATOS DEL TESISISTA:

Apellido y Nombres: AMARO RUBINA, KETTY

Título de la Tesis :

“Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017”

#### DATOS DEL JUEZ EXPERTO INFORMANTE:

Apellido y Nombres: TACO AGRAMONTE RAQUEL

Profesión/Institución laboral/cargo: TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN / INCOR - ESSALUD / FISIOTERAPEUTA CARDIORRESPIRATORIO

LISTA DE CHEQUEO (D=deficiente; R= regular; B= bueno; MB = muy bueno; E= excelente)

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas medibles					X
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología				X	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el nivel de satisfacción de las pacientes con el tratamiento Ft.					X
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					X
PERTINENCIA	El inventario es aplicable					X

JUEZ EXPERTO:

  
.....  
Lic. Raquel Taco Agramonte  
FISIOTERAPEUTA CARDIORRESPIRATORIO  
CTMP: 5225  
INCOR - Essalud

## ANEXO N°6

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

### TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

#### DATOS DEL TESISISTA:

Apellido y Nombres: AMARO RUBINA, KETTY  
Título de la Tesis :

“Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017”

#### DATOS DEL JUEZ EXPERTO INFORMANTE:

Apellido y Nombres: CAVASSA FLORES, HILDA PAULINA  
Profesión/Institución laboral/cargo: Lic. T.M. Terapia Física y Rehabilitación  
HNERM - ESSALUD → Tecnólogo Médico en Unidad Cardiovascular.

LISTA DE CHEQUEO (D=deficiente; R= regular; B= bueno; MB = muy bueno; E= excelente)

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado					✓
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas medibles					✓
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología					✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el nivel de satisfacción de las pacientes con el tratamiento Ft.					✓
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos					✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓
PERTINENCIA	El inventario es aplicable					✓

JUEZ EXPERTO:

  
Cavassa Flores, Hilda Paulina  
Tecnólogo Médico C.T.M.P. 2230 RNE 0057  
Fisioterapia Cardiorrespiratoria

## ANEXO N°6

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

### TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

#### DATOS DEL TESISISTA:

Apellido y Nombres: AMARO RUBINA, KETTY

Título de la Tesis :

“Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017”

#### DATOS DEL JUEZ EXPERTO INFORMANTE:

Apellido y Nombres: PINEDO Cienfuegos, Claudia

Profesión/Institución laboral/cargo: TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

LISTA DE CHEQUEO (D=deficiente; R= regular; B= bueno; MB = muy bueno; E= excelente)

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas medibles					X
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología				X	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el nivel de satisfacción de las pacientes con el tratamiento Ft.					X
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos				X	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					X
PERTINENCIA	El inventario es aplicable					X

JUEZ EXPERTO:

  
Lic. Claudia Pinedo Cienfuegos  
FISIOTERAPEUTA CARDIORRESPIRATORIA  
CTMP: 6293  
INCOR - EsSalud

## ANEXO N°6

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

### TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

#### DATOS DEL TESISISTA:

Apellido y Nombres: AMARO RUBINA, KETTY

Título de la Tesis :

“Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017”

#### DATOS DEL JUEZ EXPERTO INFORMANTE:

Apellido y Nombres: CORAZON ARMIZO, CAMILO

Profesión/Institución laboral/cargo: TECNOLOGO MEDICO

INCCOR ESSALUD - FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATORIO

LISTA DE CHEQUEO (D=deficiente; R= regular; B= bueno; MB = muy bueno; E= excelente)

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas medibles				X	
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar el nivel de satisfacción de las pacientes con el tratamiento Ft.					X
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación				X	
PERTINENCIA	El inventario es aplicable					X

JUEZ EXPERTO:

  
INSTITUTO NACIONAL  
CARDIOVASCULAR - ESSALUD  
LIC. CAMILO CORAZON ARMIZO  
FISIOTERAPEUTA CARDIORRESPIRATORIO  
CIMP 4561

## ANEXO N°7

### COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

- K = Número de ítems: 20
- $\sum S_i^2$  = Sumatoria de Varianza de los ítems: 19,755
- $S_T^2$  = Varianza de la suma de los ítems: 106,303

$$\alpha = \frac{20}{20-1} \left[ 1 - \frac{19,755}{106,303} \right]$$

$$\alpha = 0,862$$

## ANEXO N° 8

### ANÁLISIS DE DATOS: ESCALA DE ESTANINOS

#### SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

##### Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 73.2$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 11.1$$

$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 29$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 89$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 73.2 - 0.75 (11.1) = 65$$

$$b = x + 0.75 (s) = 73.2 + 0.75 (11.1) = 82$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

##### Reemplazando:

$$29 - 65 = \text{Bajo}$$

$$66 - 82 = \text{Medio}$$

$$83 - 89 = \text{Alto}$$

## DIMENSIÓN CIENTIFICO TÉCNICO

### Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 20.6$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 4$$

$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 6$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 25$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 20.6 - 0.75 (4) = 18$$

$$b = x + 0.75 (s) = 20.6 + 0.75 (4) = 24$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

### Reemplazando:

$$6 - 18 = \text{Bajo}$$

$$19 - 24 = \text{Medio}$$

$$25 - 25 = \text{Alto}$$

## DIMENSIÓN INTERPERSONAL O HUMANA

### Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 32$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 2.8$$

$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 9$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 35$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 32 - 0.75(2.8) = 30$$

$$b = x + 0.75 (s) = 32 + 0.75(2.8) = 34$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

### Reemplazando:

$$9 - 30 = \text{Bajo}$$

$$31 - 34 = \text{Medio}$$

$$35 - 35 = \text{Alto}$$

## DIMENSIÓN INSTALACIONES O COMODIDADES

### Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 12.2$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 4.3$$

$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 4$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 20$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 12.2 - 0.75(4.3) = 9$$

$$b = x + 0.75 (s) = 12.2 + 0.75(4.3) = 15$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

### Reemplazando:

$$4 - 9 = \text{Bajo}$$

$$10 - 15 = \text{Medio}$$

$$16 - 20 = \text{Alto}$$

## **ANEXO N° 9**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **“GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AL PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO AMBULATORIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM) 2017”**

Investigador principal: Ketty Amaro Rubina.

Lugar: Servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Saludos apreciado paciente, mi nombre es Ketty Amaro Rubina, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, del área de Terapia Física y Rehabilitación, me encuentro realizando en la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular un estudio con el propósito de investigar el grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio en mención.

Invito a UD. a participar de este estudio de investigación. Si Ud. decide participar en el estudio, se le da a conocer los siguientes requerimientos:

- Debe participar de manera activa en el programa fisioterapéutico del servicio de Rehabilitación Cardiovascular.
- Responder el cuestionario que se encuentra al final de este documento, con total honestidad y veracidad.

#### **Riesgos:**

- Participar en el estudio no involucra ningún riesgo para el paciente, por lo que damos a conocer que la participación será enteramente voluntaria y si se rehúsa a contestar alguna de las preguntas o no participar, se respetará su decisión, así como a retirarse voluntariamente en cualquier momento del estudio sin que esto ocasiona algún tipo de sanción.

#### **Costos:**

- El paciente participante no pagará nada ni percibirá beneficios económicos por el estudio en cuestión ya que dicho estudio no generará ningún tipo de ingreso monetario para el investigador ni para la sede hospitalaria.

#### **Beneficios:**

- Permitirá al paciente conocer que personas de la misma edad presentan el mismo tipo de problema, y que pueden tratarlos a tiempo.

Confidencialidad:

- La información obtenida será tratada de manera confidencial y en total anonimato.

Si después de haber leído detenidamente los requerimientos y la información otorgada por el investigador, decide participar del estudio, se le recalca que UD. puede retirarse del mismo con total libertad sin que ello interfiera con su tratamiento habitual.

Si en un futuro tuviera alguna duda acerca del estudio puede acudir o contactar a la Bachiller Ketty Amaro Rubina con número celular 985350168.

Yo,..... con DNI.....;

He sido informado sobre las características de este estudio, sé que mi participación es voluntaria, que mis datos serán protegidos y que en cualquier momento puedo salir del estudio. Con todo este conocimiento ACEPTO participar en el estudio “Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) 2017” realizado por la Srta. Ketty Amaro Rubina, para lo cual firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO.

.....

Firma el Investigador

DNI: 45309003

.....

Firma del Paciente

TESTIGO:..... con DNI.....

.....

Firma del Testigo

## **ANEXO N°10**

### **CUESTIONARIO**

#### **Satisfacción del paciente cardiaco al programa fisioterapéutico**

##### **I. PRESENTACION**

Me dirijo a Ud. como alumna de Pre-grado en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM con la presente encuesta, la cual se encuentra dirigida a los pacientes que participan del Programa Ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca.

Los resultados de la presente encuesta son de utilidad exclusiva para investigación y es de carácter ANÓNIMO.

##### **II. INSTRUCCIONES**

A continuación presentaremos una serie de preguntas referidos sobre su satisfacción con el tratamiento fisioterapéutico brindado en el servicio de Rehabilitación Cardiovascular.

##### **III. DATOS GENERALES**

- EDAD: \_\_\_\_\_ - SEXO: F ( ) M ( )

- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria ( ) Superior Técnico ( )

Secundaria ( ) Superior Universitario ( )

- A continuación se presentará 18 preguntas; las alternativas son:

- 5 Siempre
- 4 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

**LEA CUIDADOSAMENTE Y MARQUE LA ALTERNATIVA SEGÚN SU CRITERIO.**

**1: Nunca    2: Casi nunca    3: Algunas veces    4: Casi siempre    5: Siempre**

<b>N</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	El terapeuta físico demuestra conocer su caso y/o diagnóstico cardíaco.					
<b>2</b>	El terapeuta físico le explica de manera clara y precisa acerca del tratamiento y sus objetivos.					
<b>3</b>	El terapeuta físico le brinda una rutina de ejercicios variada.					
<b>4</b>	El terapeuta físico le brinda material físico - informativo relacionado con su tratamiento en Rehabilitación Cardíaca.					
<b>5</b>	El terapeuta físico le brinda las pautas de cuidado a seguir para una actividad física adecuada en casa.					
<b>6</b>	Cree Ud. sentirse mejor luego de culminada la sesión de terapia.					
<b>7</b>	El terapeuta físico en el desarrollo de sus terapias demuestra cordialidad y respeto.					
<b>8</b>	El terapeuta físico muestra interés en resolver su problema de salud.					
<b>9</b>	Ud. mantiene una adecuada comunicación con el fisioterapeuta durante la sesión de terapia.					
<b>10</b>	El terapeuta físico demuestra seguridad ante situaciones de emergencia.					
<b>11</b>	Se siente Ud. motivado por el terapeuta físico en realizar la actividad física cuando entra al servicio de Rehabilitación Cardíaca.					
<b>12</b>	El terapeuta físico es puntual y respeta el tiempo de cada sesión de terapia.					
<b>13</b>	Considera Ud. que el ambiente donde recibe el terapia es ordenado, limpio y ventilado.					
<b>14</b>	El ambiente donde realiza la terapia otorga las medidas de seguridad necesarias.					
<b>15</b>	El servicio cuenta con el equipo y mobiliario adecuados para realizar la terapia.					
<b>16</b>	El servicio cuenta con material y equipo para manejar emergencias.					
<b>17</b>	El programa fisioterapéutico dentro del programa ambulatorio de rehabilitación cardíaca produce cambios en su estilo de vida.					
<b>18</b>	Considera Ud. que recibe un tratamiento de calidad en Rehabilitación Cardíaca.					

**Gracias por su Colaboración**

## **ANEXO N°11**

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, Ketty Amaro Rubina, Bachiller en Tecnología Médica del área de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM, con el DNI 45309003, como investigadora principal del proyecto:

“GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AL PROGRAMA  
FISIOTERAPÉUTICO AMBULATORIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN  
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS (HNERM) 2017”

Me comprometo:

- A mantener la confidencialidad de la información y resultados obtenidos en la presente investigación de la persona sujeto de investigación que pertenece a la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular del Departamento de Medicina Física del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- A cumplir en todo momento con los principios de buena práctica clínica que rigen a los estudios clínicos (“Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos”, “Guía ICH tripartita y armonizada para la buena práctica clínica (BCP)”, establecidos por la Conferencia Internacional de Armonización (ICH) y la Declaración de Helsinki.

Así mismo:

- No ocasionar gastos adicionales a la institución (HNERM) en exámenes auxiliares que no correspondan al trabajo de rutina.
- Brindar información sobre el desarrollo del Trabajo de Investigación, cuando sea requerido por el Comité de Investigación u otra instancia superior del HNERM.
- Presentar al Comité de Investigación del HNERM un ejemplar empastado del trabajo, al finalizar el trabajo.

Firmo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD para la realización del estudio en los Pacientes Cardiacos del HNERM.

Investigador: Ketty Amaro Rubina

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_