

Validación de un instrumento para determinar el nivel de salud de las personas en el periodo posoperatorio

Sara Herrero Jaén¹, Alexandra González Aguña², Enrique Monsalvo San Macario³

¹ Diplomada en Enfermería. Máster Universitario en Gestión y Aplicación del Conocimiento del Autocuidado en Enfermería. Estudiante de doctorado en la Universidad de Alcalá. Centro de Salud de Mejorada del Campo, Área Sureste, SERMAS.

² Diplomada en Enfermería. Máster Universitario en Informática Pluridisciplinar. Hospital Universitario del Henares, SERMAS.

³ Graduado en Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Gestión y Aplicación del Conocimiento del Autocuidado en Enfermería. Área Este, Atención Primaria, SERMAS.

IV Premios de Investigación CODEM 2020. Sexto Premio.

Cómo citar este artículo: Herrero Jaén, S. y otros, Validación de un instrumento para determinar el nivel de salud de las personas en el periodo posoperatorio. *Conocimiento Enfermero* 14 (2021): 41-62.

RESUMEN

El estado de salud de una persona es un proceso dinámico a lo largo del tiempo. La intervención quirúrgica conlleva una serie de modificaciones que, tras la misma, afecta al sistema de salud de la persona, y por ende a sus cuidados.

Este proyecto presenta un estudio descriptivo transversal para determinar el nivel de salud de las personas, a partir de cortes temporales que se suceden desde el ingreso de la persona en la unidad de reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa hasta el momento en el que son dados de alta de la unidad.

Para ello se recogió información acerca de su estado de Salud mediante indicadores NOC, acerca de su funcionamiento físico, funcionamiento mental, funcionamiento social, estado de comodidad, recursos materiales, recurso tiempo, presencia de signos, presencia de síntomas, afección física, afección mental y afección social. Para el tipado de cada participante del estudio se recogieron las variables: edad, sexo y tipo de intervención realizada.

El análisis de los datos obtenidos demuestra que el instrumento es sensible a los cambios que se producen en la salud de las personas en el periodo posquirúrgico inmediato, observando su modificación a lo largo del proceso.

Palabras clave: estado de salud; periodo posoperatorio; salud.

Validation of an instrument to determine the people health level in the postoperative period

ABSTRACT

The person health status is a dynamic process over time. The surgical intervention involves a series of modifications that, after it, affects the person's Health system, and therefore their care.

This project presents a descriptive cross-sectional study to determine the people health level, from temporary cuts that occur from the person's entry into the resuscitation unit of the Severo Ochoa University Hospital until the moment they go to the hospitalization floor

For this, information was collected about their health status through NOC indicators, about their physical functioning, mental functioning, social functioning, comfort status, material resources, time resources, presence of signs, presence of symptoms, physical condition, mental condition and social condition. For the type of each study participant, the variables were collected: age, sex and type of intervention performed.

The analysis of the data obtained shows that the instrument is sensitive to the changes that occur in the health of people in the immediate post-surgical period, observing its modification throughout the process.

Keywords: health; health status; postoperative period.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/180>

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad” [1-2].

La OMS establece que el “goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” [3]. Dicho derecho fundamental se ve reflejado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos humanos (1948), el cual, establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” [4].

Las investigaciones centradas en la salud de las personas han sido objeto de interés a lo largo de todos los tiempos. Cabe mencionar la afirmación que sostiene que la salud es un recurso (como se refleja en la Carta de Ottawa [5]). Un recurso dinámico que poseen las personas a lo largo de toda su vida, con el fin de asegurar su supervivencia [6-10].

A lo largo de la vida, las personas se encuentran ante situaciones, problemas de salud o de cuidados, en las que la alteración de la salud conlleva a la aparición de problemas que constituyen situaciones que requieren ser solucionadas [11].

A nivel nacional, para establecer el nivel de salud de una población se utilizan los denominados “indicadores de salud”: esperanza de vida, mortalidad, morbilidad, limitación de la actividad y salud subjetiva, salud maternoinfantil y hábitos y estilos de vida relacionados con la salud, tal y como se recoge en documento de indicadores de salud “*Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [12].

Sin embargo, no se han encontrado herramientas que determinen el nivel de salud de las personas, entendiendo que la salud va más allá de la ausencia de la enfermedad, tal y como propuso la OMS [2]. En este sentido, los indicadores de salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en concreto la esperanza de vida, se aproxima al estado de salud de la población de un lugar concreto, pero no se aproxima al nivel de salud individual de una persona en un momento determinado [12].

En relación, Herrero Jaén en el 2016 publicó resultados de investigación en los que se muestra la extracción y descripción de las variables que constituyen el concepto de salud propuesto por la OMS y realizó la formalización lógica de las mismas, quedando representados los potenciales estados de salud de una persona [13].

En dicho estudio, se identificaron tres variables que conforman dicho concepto: bienestar tanto físico, mental como social, afección y enfermedad, soportando la carga conceptual de la definición. A su vez, y aplicando metodología deductiva, el concepto de bienestar se desgranó en las siguientes variables: Funcionamiento (físico, mental y social), estado de comodidad, y provisión de recursos (materiales y tiempo) [13].

Por otro lado, la variable enfermedad se desgranó en las variables signos y síntomas y por último la variable afección en afección física, mental y social. Quedando de tal manera el concepto de salud formado por las siguientes variables: funcionamiento físico, funcionamiento mental, funcionamiento social, estado de comodidad, recursos materiales, recurso tiempo, presencia de signos, presencia de síntomas, afección física, afección mental y afección social [13].

A partir de dicha formalización y su correlación con los elementos de estructura, proceso y resultado propuestos por Avedis Donabedian [14-15] en el marco de la investigación doctoral de la investigadora principal de este proyecto, se ha desarrollado una herramienta que permite recoger datos acerca del estado de salud de las personas en un momento determinado.

Para su desarrollo, se normalizó cada una de las variables de salud con una etiqueta de la Taxonomía de Criterios de Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification) [16]. El libro que recoge taxonomía NOC presenta la “*terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente después de la intervención*” [16]. Los Criterios de Resultado se definen como “*el objetivo o el resultado esperado en un proyecto de salud*” [16].

Para la medición de los resultados, la taxonomía NOC “*utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número adecuado de opciones para*

demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado” [16]. De esta manera, al relacionar las variables de salud con etiquetas NOC, quedan relacionadas con su escala de medición, siendo dichas escalas las utilizadas para determinar el nivel de salud de las personas.

Se decidió utilizar esta taxonomía puesto que en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en el Anexo VII, se describen el conjunto de datos que debe incluir el informe de enfermería, entre los que se recogen los resultados de enfermería (a través de la Taxonomía NOC) [17].

La vulnerabilidad a ciertos problemas de salud está íntimamente relacionada con las características propias de cada persona, y se constituye a partir de los factores condicionantes básicos [18-21].

No es trivial indicar que no todos los problemas de cuidados aparecen en el mismo tiempo: ante tal evidencia hay estudios que presentan en una normalizada secuencia temporal, el orden de aparición de los diferentes problemas de salud que presentan las personas atendidas en la unidad de reanimación [22]. Este hecho hace que, de igual manera, los criterios de resultado NOC evolucionen y cambien a lo largo del tiempo, dependiendo de las acciones terapéuticas.

Según la Real Academia Española, cirugía es la *“especialidad médica que tiene por objeto curar mediante incisiones que permiten operar directamente la parte afectada del cuerpo”* [23]. Toda persona sometida a una cirugía presenta una incisión en un tejido, generalmente bajo anestesia local, regional o general.

Una cirugía es un proceso vital puntual en la vida de una persona, entendiéndose por proceso vital *“aquellas condiciones, problemas, situaciones o etapas vitales cuya presencia puede generar en las personas una modificación en su demanda de cuidados o en la capacidad para satisfacerla que genera respuestas humanas disfuncionales (déficit de cuidados) que precisan de la puesta en marcha de planes de cuidados para resolver o controlar dichas respuestas o sus manifestaciones”* [24]. Este proceso conlleva una serie de modificaciones instantáneas, en el estado de salud de las personas, que aparecen en los primeros minutos tras la intervención quirúrgica.

Una vez que la persona se ha sometido a la intervención quirúrgica, el paciente es trasladado a la

sala de reanimación. La Unidad de Reanimación Hospitalaria es aquella unidad que acoge a las personas que han sido intervenidas quirúrgicamente, en las primeras horas de recuperación después de la cirugía [25].

La Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa cuenta con un total de 12 unidades de gestión clínica con cobertura las 24 horas del día [26]. De ellas, 6 disponen de monitorización para atender pacientes que pueden presentar problemas críticos y 6 para personas intervenidas de cirugía de rápida recuperación cuya estancia en la unidad es más corta. Cabe mencionar que, de estas 12 unidades de gestión, dos de ellas se encuentran en boxes cerrados para pacientes en situación de aislamiento [26].

Las cirugías que se llevan a cabo en dicho hospital y cuyos pacientes ingresan en la unidad de reanimación son: cirugía traumatológica y ortopedia, cirugía general, cirugía vascular, cirugía otorrinolaringología, cirugía urológica, cirugía ginecológica y obstétrica [26].

El posoperatorio de una persona sometida a una cirugía bajo anestesia general, regional o sedación conlleva unos cuidados específicos en el proceso de recuperación inmediato [27]. Estos cuidados específicos, en el campo de la enfermería se registran a través de las etiquetas diagnósticas de la taxonomía “NANDA Internacional: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017”, organizados por Dominios (categorías) y Clases (subcategorías) [28], siendo el modo de registro aceptado ministerialmente [17].

2. Justificación

La relevancia del presente estudio reside en que a día de hoy no se ha encontrado una herramienta que permita determinar el nivel de salud de una persona en un momento determinado. Un instrumento que comprendan todos los aspectos de la salud que indica la Organización Mundial de la Salud.

En este sentido, nos encontramos ante la incertidumbre de cómo evaluar el nivel de salud de los pacientes que atendemos en la unidad de reanimación, con el fin de establecer criterios de valoración durante su ingreso, así como al momento del alta a la unidad hospitalaria. Fue por ello por lo que, nos encontramos ante la necesidad de desarrollar una

herramienta para medir el nivel de salud de las personas atendidas.

El hecho de conocer como es el estado de salud de la persona en cada momento de su estancia en la Unidad de Reanimación facilitará el reconocimiento de problemas de salud, así como será predictor de problemas.

3. Objetivos

Estudiar si el nivel de Salud de las personas intervenidas quirúrgicamente varía a lo largo de su ingreso en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa a través de las variables de Salud incluidas en el formulario que miden los factores de estudio (Anexo I).

Objetivos específicos:

- Identificar las variables de salud de la población intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general en el momento del ingreso en la Unidad de Reanimación y en el momento del alta.

4. Hipótesis

El nivel de salud de las personas intervenidas quirúrgicamente varía a lo largo de su ingreso en la Unidad de Reanimación.

5. Material y método

5.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

5.2. Ámbito de estudio

Pacientes que son sometidos a una cirugía y que reciben cuidados posoperatorios en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa.

5.3. Periodo de estudio

El periodo de estudio se constituye desde diciembre del 2018 a junio de 2019. Se llevó a cabo un

muestreo secuencial estableciendo cuatro cortes temporales de dos semanas de duración cada uno de ellos en el mes de enero, marzo, mayo y junio de 2019. Se decidió que los cortes fueran en cuatro meses diferentes para determinar las potenciales diferencias en relación con la estacionalidad de los mismos.

En el mes de diciembre de 2018 se realizó el pilotaje previo al estudio durante una semana.

5.4. Población de estudio

Personas que ingresan en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa y que reciben cuidados por parte del personal de enfermería.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Firma del consentimiento informado.
- Haber sido sometido bajo anestesia general a una cirugía programada.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años.
- Pacientes incapacitados para dar su consentimiento.
- Personas con deterioro cognitivo.
- Cirugías de carácter urgente.
- Anestesia de tipo local.
- Anestesia de tipo regional.
- Estar ingresado en la unidad previo al inicio de cada corte del estudio.
- Continuar ingresado en la unidad una vez finalizado el corte del estudio.

Tamaño de la muestra:

La población seleccionada fue aquella que cumplía con los criterios de inclusión en el estudio y que ingresaba en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa tras ser sometido a una intervención quirúrgica bajo anestesia general, constituyendo el total de la muestra.

Con la estrategia de selección de dos semanas en cuatro meses diferentes “*se cumplen distintos elementos que pueden dificultar o alterar los resultados*” [21].

- El trabajo de campo se realizará en cada corte de lunes a viernes, días en los que pre-

domina el número mayoritario de intervenciones quirúrgicas de carácter programado.

- Se excluyen los sábados, domingos y festivos debido a que la mayoría de las intervenciones quirúrgicas que se realizan son de carácter urgente.
- Seleccionando siete semanas de cuatro meses diferentes se salva el sesgo estacional.
- Se ha excluido el periodo estival debido a que el personal estable de la unidad dispone de vacaciones.

Así las semanas seleccionadas, denominadas para el estudio “**Semana de trabajo de campo (STC)**” fueron:

- STC1: 14-01-2019 al 18-01-2019 y del 21-01-2019 al 25-01-2019
- STC2: 11-03-2019 al 15-03-2019 y del 18-03-2019 al 15-03-2019
- STC3: 13-05-2019 al 17-05-2019 y del 20-05-2019 al 24-05-2019
- STC4: 10-06-2019 al 21-06-2019

Muestra universal del estudio: n= 150

Con una muestra de 150 participantes se extraerá una información adecuada y suficiente para alcanzar el objetivo del estudio.

5.5. Instrumento de medida

Utilizando la herramienta Excel se construyó un sistema que permite determinar el nivel de salud como una magnitud en determinado momento. Las variables toman un valor entre 1 a 5, siendo uno la mínima puntuación (más desfavorable) y 5 la máxima puntuación (más favorable para la salud).

Para la fase de recogida de datos, se ha elaborado un cuestionario que el investigador cumplimentará para cada caso. El cuestionario que se va a utilizar se encuentra en el Anexo 1 del presente documento.

5.6. Definición de las variables:

Las variables de estudio se clasifican en relación con la “Guía de elaboración de proyectos de in-

vestigación” del Hospital Universitario Severo Ochoa.

5.6.1. Variables descriptivas o universales

Se registrarán las variables relacionadas con los factores condicionantes básicos (FCB) edad y sexo.

Cabe reseñar que este tipo de recogida de datos ya ha sido utilizado en otros trabajos de investigación [29-30, 20].

Estas variables se recogen dentro de los datos demográficos de la persona, incluidos en la historia clínica informatizada en el programa informático Selene®.

- **Edad:** Medida en años en la fecha de la inclusión en el estudio.
- **Sexo:** Hombre o mujer. En el análisis estadístico se calculará la relación entre mujeres y hombres en cada grupo para su comparación.

Por otro lado, se registrará el tipo de anestesia utilizada durante la intervención quirúrgica. Estas variables se recogen dentro de los datos de la persona, incluidos en la historia clínica informatizada en el programa informático Selene® o bien en la historia clínica en formato papel.

- **Tipo de intervención quirúrgica:** Tipo de intervención quirúrgica que le han realizado a la persona, para su comparación. Dicho dato también se recogerá de la historia clínica informatizada a través del programa informático Selene®.

5.6.2. Variables que miden los factores de estudio

Las variables de salud han sido verificadas mediante un grupo de expertos del Grupo de Investigación MISKC (Management about Information and Standard Knowledge of Care) de la Universidad de Alcalá. Además, dicho concepto ha sido presentado en números congresos tanto nacionales como internacionales y publicado en formato artículo. Así mismo forma parte de los resultados de la investigación doctoral de Herrero Jaén.

A continuación, se definirá cada una de ellas a partir de estudios previos de la investigadora principal y su correlación con el indicador NOC [13, 9]:

VARIABLES DE SALUD

- **Funcionamiento físico:** El funcionamiento físico hace referencia al funcionamiento del cuerpo, se trata de aquellas modificaciones de carácter reversible.

Para determinar el “**funcionamiento físico**”, se valorará el funcionamiento de los aparatos y sistemas del paciente: aparatos locomotor, digestivo, respiratorio, urinario, genital, endocrino y circulatorio y sistemas óseo, muscular y nervioso.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de Salud personal (2006)

- **Funcionamiento mental:** La Organización Mundial de la Salud establece que un bienestar mental, un buen funcionamiento mental es la consciencia, percepción que la persona tiene sobre sí misma, de sus propias capacidades, cualidades en un momento temporal de su vida y sus estados consecutivos [31]. Se trata de aquellas modificaciones del funcionamiento mental de carácter reversible.

Para determinar el “**funcionamiento mental**”, se valorará el estado de consciencia, orientación temporo-espacial, comportamiento y lenguaje.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de Salud personal (2006)

- **Funcionamiento social:** se define el concepto “social”, siguiendo la primera acepción de la R.A.E. como “*perteneciente o relativo a la sociedad*” y sociedad a su vez como “*un conjunto de personas, pueblos o naciones que conviven bajo normas comunes*” [32]. Y si convivir es “*vivir en compañía*”, una persona con un buen funcionamiento social debe ser aquella que conviva en armonía con la sociedad en la que habite [13]. Se trata de aquellas modificaciones del funcionamiento social de carácter reversible.

Para determinar el “**funcionamiento social**”, se valorará la capacidad que tiene la persona para comunicarse con el personal sanitario, así como con las visitas que recibe a lo largo del ingreso en la unidad.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de Salud personal (2006)

- **Estado de comodidad:** Se define el estado de comodidad como aquella “*tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo*” [16].

Para determinar el “**estado de comodidad**” de la persona se valorará el patrón del sueño, adaptación al entorno, confort.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de comodidad (2008).

- **Recursos materiales:** Esta variable hace referencia al conjunto de bienes materiales necesarios para vivir [13, 21].

Para determinar los “**recursos materiales**” se acudirá a los datos de filiación: “sin recursos” a través de la tarjeta sanitaria individual y el programa informático Selene®, así como se valorará si la persona está activa laboralmente.

Etiqueta NOC relacionada: Creencia sobre la Salud: percepción de recursos (1703)

- **Recurso tiempo:** Esta variable hace referencia a la disponibilidad temporal que percibe la propia persona tener para llevar a cabo su cuidado [21].

Para determinar el “**recurso tiempo**” se preguntará a la persona la intensidad de su percepción de la disponibilidad de tiempo para su cuidado.

Etiqueta NOC relacionada: Creencia sobre la Salud: percepción de recursos (1703)

- **Presencia de signos:** El signo es aquel “*indicio, señal de algo*” [32] que es medible y valorable por parte del profesional sanitario [13].

Para determinar la “**presencia de signos**” se valorarán las constantes vitales de la persona: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno periférica, diuresis y temperatura corporal.

Etiqueta NOC relacionada: Conocimiento: Proceso de la enfermedad (1803)

- **Presencia de síntomas:** Los síntomas son aquellas “*manifestaciones reveladoras de una enfermedad*” [32], siendo en muchas ocasiones subjetivo de cada persona [13].

Para determinar la “**presencia de síntomas**” se valorará la presencia de dolor, náuseas, sensación de ahogo.

Etiqueta NOC relacionada: Conocimiento: Proceso de la enfermedad (1803)

- **Afección física:** La afección física es aquella secuela de carácter irreversible que repercute en el funcionamiento del cuerpo de la persona [13].

Para determinar la “afección física”, se valorará las afecciones o secuelas de los aparatos y sistemas del paciente: aparatos locomotor, digestivo, respiratorio, urinario, genital, endocrino y circulatorio y sistemas óseo, muscular y nervioso.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de Salud personal (2006)

- **Afección mental:** La afección mental es aquella secuela de carácter irreversible que repercute en el funcionamiento mental de la persona [13].

Para determinar la “afección mental”, se valorará las afecciones de alteración de la consciencia, orientación temporo-espacial, comportamiento y lenguaje.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de Salud personal (2006)

- **Afección social:** La afección social es aquella secuela de carácter irreversible que repercute en el funcionamiento social de la persona [13].

Para determinar la “afección social”, se valorará la capacidad que tiene la persona para comunicarse con el personal sanitario, así como con las visitas que recibe a lo largo del ingreso en la unidad.

Etiqueta NOC relacionada: Estado de Salud personal (2006)

En el estudio que nos acontece, las variables recursos materiales y recurso tiempo se va mantuvieron constantes a lo largo del ingreso de la persona en la unidad de reanimación.

5.6.3. Variables de respuesta

Las variables de respuesta del presente estudio se obtienen de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) [16].

Para ello se ha correlacionado cada variable que mide el factor de estudio descritas en el apartado anterior con una etiqueta NOC tal y como se muestra en la siguiente tabla:

De esta manera, al relacionar cada una de las variables con la etiqueta NOC, se relaciona con la escala correspondiente a dicha etiqueta.

Así, los criterios de evaluación de cada variable de salud serán obtenidas mediante las escalas:

Tabla 1. Variables de salud y su escala de valoración.

Variables de Salud	Escala relacionada y puntuación
Funcionamiento físico	<p>Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5</p>
Funcionamiento mental	<p>Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5</p>
Funcionamiento social	<p>Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5</p>

Estado de comodidad	Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5
Recursos materiales	Escala 12 Muy débil → 1 Débil → 2 Moderado → 3 Intenso → 4 Muy intenso → 5
Recursos tiempo	Escala 12 Muy débil → 1 Débil → 2 Moderado → 3 Intenso → 4 Muy intenso → 5
Presencia de signos	Escala 20 Ningún conocimiento → 1 Conocimiento escaso → 2 Conocimiento moderado → 3 Conocimiento sustancial → 4 Conocimiento extenso → 5
Presencia de síntomas	Escala 20 Ningún conocimiento → 1 Conocimiento escaso → 2 Conocimiento moderado → 3 Conocimiento sustancial → 4 Conocimiento extenso → 5
Afección física	Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5
Afección mental	Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5
Afección social	Escala 01 Gravemente comprometido → 1 Sustancialmente comprometido → 2 Moderadamente comprometido → 3 Levemente comprometido → 4 No comprometido → 5

5.7. Procedimiento del estudio

Los procedimientos que a continuación se describen no influyeron en la toma de decisiones de ciudadanos en ningún caso.

En primer lugar, reseñar que los investiga-

res observadores encargados de la recogida de datos fueron un total de 5. Estos cinco profesionales fueron entrenados previamente y capacitados para el uso del instrumento mediante 5 reuniones presenciales previas al inicio del estudio en las que se simulaba situaciones reales con fin de adiestrar al

A continuación, se realiza un análisis de los datos obtenidos con relación a la edad, sexo y momento de cumplimentación del instrumento por caso.

6.1.1. Distribución de la muestra por edad y sexo

La distribución por sexo y edad de la muestra se puede apreciar en la Tabla 3.

6.1.2. Información de la variable de salud funcionamiento físico

La primera variable de salud analizada es el funcionamiento físico.

En la Tabla 4 se observa cómo existe una variación respecto a la puntuación obtenida en el momento de ingreso de del sexo masculino tras la intervención quirúrgica en la unidad de reanimación. Queda patente que un 49.06% de los casos presentaba un funcionamiento físico moderadamente comprometido al ingreso frente al 3.63% en el momento del alta. Además, un 93.36% de los casos

presentaba un funcionamiento físico levementemente comprometido al momento del alta.

Por otro lado, las mujeres se comportaron de una manera similar con un 93.68% con un funcionamiento físico levemente comprometido al alta.

6.1.3. Información de la variable de salud funcionamiento mental

En relación con la variable funcionamiento mental, los hombres y las mujeres se comportaron de manera similar entre ellos tanto al momento del ingreso como al del alta. En este caso, un 5.45% de los hombres presentó un funcionamiento mental sustancialmente comprometido al ingreso.

6.1.4. Información de la variable de salud funcionamiento social

En cuanto el funcionamiento social, el instrumento demuestra cómo, tanto hombres como mujeres, en el momento de ingreso tras la intervención qui-

Tabla 4. Funcionamiento físico hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Ff	1	0	0%	0	0%
	2	2	3,63%	0	0%
	3	27	49,06%	2	3,63%
	4	26	47,27%	53	96,36%
	5	0	0%	0	0%

Tabla 5. Funcionamiento físico mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Ff	1	0	0%	0	0%
	2	1	1,05%	0	0%
	3	43	45,26%	4	4,21%
	4	51	53,68%	89	93,68%
	5	0	0%	2	2,10%

Tabla 6. Funcionamiento mental hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Fm	1	0	0%	0	0%
	2	3	5,45%	0	0%
	3	7	12,72%	0	0%
	4	39	70,90%	8	14,54%
	5	6	10,90%	47	85,45%

Tabla 7. Funcionamiento mental mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Fm	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	13	13,68%	0	0%
	4	70	73,68%	13	13,68%
	5	12	12,63%	82	86,31%

Tabla 8. Funcionamiento social hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Fs	1	0	0%	0	0%
	2	3	5,45%	0	0%
	3	4	7,27%	0	0%
	4	26	47,27%	5	9,09%
	5	22	40%	50	90,90%

Tabla 9. Funcionamiento social mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Fs	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	9	9,47%	0	0%
	4	47	49,47%	3	3,15%
	5	39	41,05%	92	96,84%

Tabla 10. Estado de comodidad hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Ec	1	0	0%	0	0%
	2	1	1,81%	0	0%
	3	25	45,45%	3	5,45%
	4	25	45,45%	35	63,63%
	5	4	7,47%	17	30,90%

Tabla 11. Estado de comodidad mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Ec	1	2	22,22%	0	0%
	2	4	4,21%	0	0%
	3	31	32,63%	4	4,21%
	4	53	55,78%	64	67,36%
	5	5	5,26%	27	28,42%

Tabla 12. Recursos materiales hombres y mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Rm	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%
	4	0	0%	0	0%
	5	55	100%	55	100%

rúrgica predomina un funcionamiento social levemente comprometido y en el momento del alta más del 90% de la muestra no presenta un funcionamiento social comprometido.

6.1.5. Información de la variable de salud estado de comodidad

En relación al estado de comodidad, se evidencia la evolución de la determinación del valor de la varia-

ble desde el momento del ingreso hasta el momento del alta, objetivándose un aumento favorable de la puntuación de la variable en ambos sexos.

6.1.6. Información de la variable de salud recursos materiales

La variable recursos materiales se ha considera en su mayor puntuación en todos los casos (puntuación de 5).

Esto se debe a que si asumimos que una persona que ingresa en un centro del sistema sanitario español esta dispone de todos los recursos para poder cuidarse y ser cuidado por profesionales sanitarios.

Esto se debe a que una persona ingresada dispone de todo su tiempo para cuidarse a sí misma, no teniendo que destinar parte de su tiempo al cuidado de otros.

6.1.7. Información de la variable de salud recurso tiempo

La variable recurso tiempo se ha considera en su mayor puntuación en todos los casos (puntuación de 5).

6.1.8. Información de la variable de salud presencia de signos

Las puntuaciones obtenidas en relación a la presencia de signos aparecen en las Tablas 14 y 15.

Tabla 13. Recurso tiempo hombres y mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Rt	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%
	4	0	0%	0	0%
	5	55	100%	55	100%

Tabla 14. Presencia de signos hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Sg	1	0	0%	0	0%
	2	1	1,81%	0	0%
	3	7	12,72%	0	0%
	4	38	69,09%	23	41,81%
	5	9	16,36%	3	58,18%

Tabla 15. Presencia de signos mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Sg	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	12	12,63%	0	0%
	4	63	66,31%	31	32,63%
	5	20	21,05%	64	67,36%

Tabla 16. Presencia de síntomas hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Sn	1	0	0%	0	0%
	2	1	1,81%	0	0%
	3	15	27,27%	0	0%
	4	37	67,27%	28	50,90%
	5	2	3,63%	27	49,09%

Tabla 17. Presencia de síntomas mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Sn	1	0	0%	0	0%
	2	1	1,05%	0	0%
	3	18	18,94%	3	3,15%
	4	67	70,52%	63	66,31%
	5	9	9,47%	29	30,52%

Tabla 18. Afección física hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Af	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	12	21,81%	12	21,81%
	4	29	52,72%	29	52,72%
	5	14	25,45%	14	25,45%

Tabla 19. Afección física mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Af	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	6	6,31%	6	6,31%
	4	56	58,94%	56	58,94%
	5	33	34,73%	33	34,73%

Tabla 20. Afección mental hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Am	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%
	4	9	16,36%	9	16,36%
	5	46	83,63%	46	83,63%

Tabla 21. Afección mental mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
Am	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%
	4	7	7,36%	7	7,36%
	5	88	92,63%	88	92,63%

En hombres un 12.72% presentaba moderadamente signos de problema de salud a su ingreso y un 69.09 levemente frente al 0% y 41.81% respectivamente en el momento del alta.

Las mujeres se comportaron de una forma similar, con un 12.63% con una puntuación de 3 en el ingreso y un 66.31 con una puntuación de 2 frente a un 0% y 32.63% respectivamente al alta.

6.1.9. Información de la variable de salud presencia de síntomas

Medida con la escala tipo Likert de 5 puntos (escala NOC relacionada con la variable de salud), la distribución de la población a estudio en cuanto a presencia de síntomas aparece en las Tablas 16 y 17.

6.1.10. Información de la variable de salud afección física

En cuanto a la estimación del nivel de afección física, en todos los casos estudiados no existe diferen-

cia entre la puntuación de ingreso y la puntuación al alta. Esto puede deberse a que la estancia de ingreso en la unidad es corta (5 horas de media).

6.1.11. Información de la variable de salud afección mental

En cuanto a la estimación del nivel de Afección Mental cabe indicar que en todos los casos estudiados no existe diferencia entre la puntuación de ingreso y la puntuación al alta. Esto puede deberse a que la estancia de ingreso en la unidad es corta (5 horas de media).

6.1.12. Información de la variable de salud afección social

En cuanto a la estimación del nivel de Afección Social cabe indicar que en todos los casos estudiados no existe diferencia entre la puntuación de ingreso y la puntuación al alta. Esto puede deberse a que la estancia de ingreso en la unidad es corta (5 horas de media).

Tabla 22. Afección social hombres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
As	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	1	1,81%	1	1,81%
	4	2	3,63%	2	3,63%
	5	52	94,54%	52	94,54%

Tabla 23. Afección social mujeres.

Variable de salud	Puntuación Escala	Puntuación ingreso	% Puntuación al ingreso	Puntuación alta	% Puntuación al alta
As	1	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%
	4	2	2,10%	2	2,10%
	5	93	97,89%	93	97,89%

7. Discusión

Una vez expuestos los resultados, se procede a discutir los mismos en relación a otras investigaciones.

Respecto a la determinación del nivel de salud de la población, no se ha encontrado una herramienta a nivel nacional que permita calcular el nivel de salud de una persona, más allá de los Indicadores de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, pero estos indicadores no determinan el estado de salud de una persona en un momento determinado, haya o no problema de salud o de cuidado.

En la literatura científica existen múltiples métodos de valoración para medir la salud y la calidad de vida de las personas (cuestionarios, escalas, test...), como la escala Aldrete, el test de apgar infantil, cuestionario de apgar familiar, índice de bienestar psicológico, escala EVA del dolor... [33], pero no incorporan todos los aspectos de la salud tal y como lo recogen las variables de salud propuestas en este estudio.

Con el presente estudio se demuestra la evidencia de que la salud de las personas cambia, permi-

tiendo dar un valor a cada variable en un momento determinado y por ende poder predecir problemas de salud y de cuidados posteriores.

Además, permitirá establecer líneas estratégicas sobre hacia que aspecto de la salud dirigir las distintas terapéuticas de cuidado.

8. Conclusiones

En primer lugar, cabe concluir que la de salud no tiene sentido si no es definida en función de una persona determinada y en un contexto específico [34]. La percepción de cómo es el nivel de salud es subjetiva de cada individuo [9]. Es por ello, que el presente estudio trata de una determinación de salud objetiva del investigador que realizó la observación de los distintos casos.

Así con este estudio se ha recogido información acerca del estado de salud de los participantes mediante indicadores NOC con objeto de determinar cuál es la variación del nivel de salud de los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación.

Con respecto a los resultados obtenidos, se puede observar cómo el instrumento de medida de nivel de salud utilizado es sensible a los cambios que sufre la persona a lo largo del periodo posquirúrgico inmediato. Se ha detectado la variación del nivel de salud con respecto al momento de ingreso y el momento del alta (aumento de la puntuación de las variables de salud).

De esta manera han podido facilitar el establecimiento de criterios de valoración al alta que garantizan un nivel de salud adecuado de las personas a las que atendemos.

Cuestiones éticas

El presente proyecto de investigación trata con datos de Salud de seres humanos y como tal se reflejan las consideraciones éticas oportunas.

- Se respetará la confidencialidad y secreto de información de carácter personal siguiendo la ley de protección de datos vigente en España. Según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).
- Tanto la investigadora principal como los investigadores colaboradores han firmado un documento donde se comprometen a realizar el estudio en condiciones de respeto a los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos que afectan a la investigación.
- Para garantizar la confidencialidad de los datos personales, se asignará un código numérico anónimo a cada participante, sin que quede reflejado el nombre, apellidos, número de Historia Clínica o cualquier otro dato que pueda identificar a la persona.
- Los datos del estudio podrán ser publicados pero los resultados no permitirán la identificación del sujeto de estudio.
- Se solicitó la firma de un documento de consentimiento informado a todos los participantes, una vez se les informó verbalmente y mediante la hoja de información al participante y habiendo podido expresar y solucionar cualquier duda en cuanto a su participación en el presente estudio.
- El presente proyecto de investigación se presentó al Comité Ético de Investigaciones Científicas del Hospital Severo Ochoa de Leganés para su evaluación y posterior aprobación (Anexo 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. [Online].; 2014 [cited 2018. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos Humanos. [Online].; 2017. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
4. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Dignidad y Justicia para Todos: Naciones Unidas; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra.; 1986.
6. Herrero Jaén S. Formalización del Concepto de Salud: Base Teórica en la Terapia Farmacológica del Cuidado". 2016 Junio..
7. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. ENE Revista de Enfermería. 2016; 10(2).
8. Fernández Batalla M. La persona en el continuo del cuidado: Formalización de las Variables Básicas del Cuidado implicadas en la trayectoria de salud.: Universidad de Alcalá; 2018.
9. Herrero Jaén S, Madariaga Casquero L. Las Variables de Salud y su aplicación en el cálculo del estado de salud de las personas. ENE Revista de Enfermería. 2018; 12(3).
10. Herrero Jaén S. La farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. 2019 Diciembre; 13(4).
11. Real Academia Española. Real Academia Española. [Online].; 2019 [cited 2016 Febrero 5. Available from: <http://www.rae.es/>.

12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. [Online].; 2017. Available from: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>.
13. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de Salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las Ciencias de la Salud. *ENE revista de Enfermería*. 2016; 10(2).
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA. [Online]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>.
15. Net À, Suñol R. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. [Online].; 1999 [cited 2016. Available from: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5th ed.: Elsevier; 2013.
17. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2010. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>.
18. Jiménez Rodríguez ML. Sistema basado en conocimiento para la ayuda en el diagnóstico del cansancio en el desempeño del rol del cuidador Alcalá de Henares: Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá; 2006.
19. Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem Doctoral T, editor. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2008.
20. Fernández Batalla M, Monsalvo San Macario E, González Aguña A, Santamaría García JM. Diseño de un método de análisis para el cálculo de la vulnerabilidad como predictor de la fragilidad en salud. *ENE Revista de Enfermería*. 2018; 12(1).
21. Fernández Batalla M. La persona en el continuo del cuidado: Formalización de las Variables Básicas del Cuidado implicadas en la trayectoria de salud Alcalá de Henares: Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá; 2018.
22. Soriano Fernández JA, Herrero Jaén S, Díaz Caro ISMI, Jiménez Rodríguez ML, González Aguña A. Agrupación diagnóstica y priorización de los problemas de cuidados de la unidad de reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa. In Comunicación presentada en el 20 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria; 2017; Sevilla.
23. Española RA. Diccionario de la Lengua Española. [Online].; 2016. Available from: <http://dle.rae.es/?w=prop%C3%B3sito&o=h>.
24. Arribas Cachá A, Santamaría García JM, Sellán Soto C, Amescua Sánchez A, Gómez González JL, Jiménez Rodríguez ML, et al. *Procesos Vitales de Cuidados Madrid: FUDEN*; 2010.
25. Longás Valián J, Cuartero Lobera J. *Manual del anestesiólogo: URPA y REA Madrid: Ergon*; 2007.
26. Hospital Universitario Severo Ochoa. Unidades médicas: Anestesiología-Reanimación y Terapéutica del dolor. [Online]. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1142648024216&pagename=HospitalSeveroOchoa%2FPágina%2FHSEV_pintarContenidoFinal.
27. Toledano Blanco R, Pérez Jiménez S. Actualización de los cuidados de enfermería en la unidad de reanimación posanestésica. *Biblioteca Lascasas*. 2009; 1(5).
28. Herdman TH, & KS. *NANDA International: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2012-2014*. Española ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
29. Arribas Cachá ASGJM, Sellán Soto MC, Gómez González JL, García Calvo R, Borrego de la Osa R. Delimitación y ponderación de las poblaciones con mayor vulnerabilidad a requerimientos de cuidados profesionales: Índice de Gravedad Asistencia basado en Factores Condicionantes Básicos Madrid: Departamento de Metodología Enfermera: FUDEN; 2009.
30. Gonzalo de Diego B. Los problemas de salud crónicos en las personas: Un análisis del impacto desde la agencia y la demanda de autocuidado. *ENE Revista de Enfermería*. 2016; 10(2).
31. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Online].; 2013 [cited 2016 Enero. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

32. Real Academia Española. Real Academia Española. [Online].; 2016 [cited 2016 Febrero 5. Available from: <http://www.rae.es/>.
33. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Tercera ed. Barcelona: Edimac; 2002.
34. Alfonso Roca MT, Álvarez-Dardet Díaz C. Enfermería Comunitaria I Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.; 1992.
35. Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica: Fondo de Cultura Económica; 1989.
36. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica Barcelona: Masson -Salvat; 1993.
37. González Aguña A, Santamaría García JM. Los límites del lenguaje y su implicación sobre los límites del cuidado: a propósito de Wittgenstein y la Enfermería. ENE Revista de Enfermería. 2018; 12(2).
38. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sanidad en Datos. [Online].; 2018. Available from: <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla4.htm>. x

ANEXO 1. Cuestionario de instrumento de medida**Instrumento de medida**

Cuestionario para la determinación del estado de salud en la Unidad de Reanimación

Código del investigador:

Código del caso:

Fecha:

Variables de la persona

Fecha de nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer**Tipo de intervención quirúrgica****Hora de Ingreso:****Variables de Salud**

Funcionamiento Físico	1	2	3	4	5
Funcionamiento Mental	1	2	3	4	5
Funcionamiento Social	1	2	3	4	5
Estado de Comodidad	1	2	3	4	5
Recursos Materiales	1	2	3	4	5
Recurso Tiempo	1	2	3	4	5
Presencia de Signos	1	2	3	4	5
Presencia de Síntomas	1	2	3	4	5
Afección Física	1	2	3	4	5
Afección mental	1	2	3	4	5
Afección Social	1	2	3	4	5

Instrumento de medida

Cuestionario para la determinación del estado de salud en la Unidad de Reanimación

Código del investigador:

Código del caso:

Fecha:

Hora de alta:

Variables de Salud

Funcionamiento Físico	1	2	3	4	5
Funcionamiento Mental	1	2	3	4	5
Funcionamiento Social	1	2	3	4	5
Estado de Comodidad	1	2	3	4	5
Recursos Materiales	1	2	3	4	5
Recurso Tiempo	1	2	3	4	5
Presencia de Signos	1	2	3	4	5
Presencia de Síntomas	1	2	3	4	5
Afección Física	1	2	3	4	5
Afección mental	1	2	3	4	5
Afección Social	1	2	3	4	5

ANEXO 2. Informe aprobación Comité de Ética**C.E.I.m**

D. Ricardo Díaz Abad, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario Severo Ochoa,

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación con título:

"Determinación de nivel de salud en personas ingresadas en el Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Severo Ochoa"

Ha sido valorado por este Comité la respuesta a las aclaraciones solicitadas en el Acta 08/18 (21/11/2018), considerándole **FAVORABLE** con fecha 14 de diciembre de 2018.

Este Comité acepta que sea llevado a cabo por **Dña. Sara Herrero Jaén, Enfermera del Hospital Universitario Severo Ochoa**, como investigadora principal.

Además, se hace constar que:

1º. El CEIm, tanto en su composición, como en los PNTs cumple las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la Orden SAS 3470/2009, de 16 de diciembre.

2º. La composición actual del CEIm es la siguiente:

D. Adolfo Ramos Luengo	Presidente, adjunto del Servicio de Anestesiología
D. Carlos González Juárez	Vicepresidente, adjunto de Psiquiatría
D. Ricardo Díaz Abad	Secretario Técnico, adjunto de Medicina Intensiva
D ^a . Ana López Martín	Vocal, adjunta del servicio de Oncología.
D ^a Amparo Lucena Campillo	Vocal, adjunta del servicio de Farmacia
D ^a Beatriz Medina Bustillo	Vocal, Farmacéutica Atención Primaria Dirección Asistencial Sur
D. Miguel Cervero Jiménez	Vocal, Presidente de la Comisión de Investigación
D. Sergio Quevedo Teruel	Vocal, adjunto de Pediatría y Áreas Específicas.
D. Daniel Ordorica Rubiano	Vocal, enfermero, Especialista en Geriatría.
D ^a . Lucía Llanos Jiménez	Vocal, Farmacóloga Clínica
D ^a . M ^a Teresa Rodríguez Monje	Vocal, médico de Atención Primaria.
D ^a Isabel Herranz Lama Noriega	Vocal lego, Lda. en Derecho, Especialista en Derecho sanitario.
D ^a Ana Isabel Martín Cuesta	Vocal, miembro lego, administrativa del CEIm
D. Manuel Martínez Domínguez	Vocal, miembro lego representante de los pacientes

Leganes, 18 de diciembre de 2018



Fdo.: Ricardo Díaz Abad