



IV Jornadas de Enfermería I+D+i

II Jornadas Internacionales

Sevilla, 28 de abril de 2016

Libro de Comunicaciones

Enfermería y uso de la Comunicación 2.0:
Promoción de Estilo de Vida Saludables

Libro

Resúmenes de Comunicaciones

© Cruz Roja Española

Cualquier parte de este documento puede ser citado, copiado, traducido a otros idiomas o adaptado para satisfacer las necesidades locales sin autorización previa de Cruz Roja Española, a condición de que se cite claramente la fuente.

IV Jornadas de Enfermería I+D+i. Sevilla 28 de abril de 2016.

Libro Resúmenes de Comunicaciones.

ISBN 978-84-09-19501-5

1ª Edición

28 de abril de 2016

Edita: Cruz Roja Española

Avda. de la Cruz Roja, Nº1 dpdo. Sevilla 41009

954350997 - esense@cruzroja.es

Autores: Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla

Dirección: Ponce Blandón, José Antonio

Coordinación: Botello Hermosa, Alicia

Edición: Pabón Carrasco, Manuel

Índice

1. PRESENTACIÓN

2. PONENCIAS

1. La promoción de la salud desde la sociedad del conocimiento (Joan Carles March Cerdá).
2. Iniciativas de promoción de la salud y prevención a través de TICs desde la organización Internacional Cruz Roja. (Juan Jesús Hernández González- Nicolás)
3. Las redes sociales y la participación en Salud: Experiencia de “Enfermera Saturada”. (Héctor Castiñeira López)
4. APPs y refuerzo educacional en los pacientes activos: Iniciativa enfermera “Diálisis 24 horas”. (Mercedes Muñoz y Ruth Molina Fulle- rat)
5. TICs seguros para la seguridad del paciente. (Vicente Santana López)
6. Metodologías de aprendizaje en red y mapas de activos para promocionar la salud y el bienestar. Experiencias internacionales. (D. Mariano Hernán García)
7. Mentalidad web 2.0: Open Health. (Javier López Narbona)
8. La experiencia de infermeravirtual.com en la promoción de estilos de vida saludables a través de la web. (Marc Fortes Bordas)
9. Herramientas 2.0 utilizadas en la promoción de estilos de Vida Saludables: Iniciativas internacionales Es-Por-Ti. (Manuel Escobar Gómez)

3. COMUNICACIONES.

1. El uso de las tecnologías de información y comunicación en la diabetes. (Ana Bravo-Adame et al.)
2. Programa de promoción y educación para la salud: “RCP y DESA a través de los tics ganarán este partido”. (Noelia Campanario- Carrasco et al.)
3. Evaluación de la profesión enfermera en los medios 2.0: la blogos- fera. (Macarena del Rosario López-Verdugo et al.)
4. El teléfono móvil como vector de contagio de infecciones. (María Elena Cano-Muñoz et al.)
5. Uso del teléfono móvil para reducir la ansiedad de los familiares de pacientes de UCI. (Marta María Esquinas-Jiménez et al.)
6. El uso de los Telecuidados ¿beneficios o perjuicios? (Manuel Quintana Palmeira) et al.)
7. Violencia de género en adolescentes a través de las redes sociales. (Ana Cebrero-Rodríguez et al.)
8. Recursos digitales y salud mental. (Trinidad Jarana-Díaz et al.)
9. Manejo de las tecnologías para promocionar la salud: opiniones de profesionales de enfermería. (David Fernández-Gámez et al.)

10. Internet: Adicción enfermiza. (Ana Isabel Santiago Quejido et al.) 3.11. Celiaquía y web 2.0: análisis del contenido de los blogs disponibles en la red. (Luz Marina González-Hernández et al.)
11. Teleasistencia en enfermería durante el posparto inmediato: revisión de la evidencia. (Jessica Solano-Barragán et al.)
12. Uso de las aplicaciones móviles para gestionar la salud reproductiva. (Laura Árbol Guerrero et al.)
13. Valoración del uso de las web en pacientes con patología inflamatoria intestinal. (Manuel Pabón Carrasco et al.)
14. Uso de red social para la promoción de la salud en la maternidad. (Raquel Martín-Martín et al.)
15. Sanidad 2.0: nuevo escenario de cuidados. (Carlota Cortés-Salas et al.)
16. Uso de WhatsApp, como herramienta de comunicación entre enfermeros de un mismo centro de salud. (Noelia Gutiérrez-García)
17. Internet, conectados y enganchados. (Reyes Cordero Fernández et al.)
18. El QR para la promoción de estilos de vida saludable: uso positivo de las TIC. (María De Los Ángeles Manzano-Felipe et al.)
19. Mhealth en obstetricia: “matrona-apps” imprescindibles. Una revolución de la maternidad. (María Jesús Cazallo Hervás et al.)
20. ¿Son las TICs herramientas facilitadoras en la educación sexual? (Isabel María Rodríguez-Rodríguez et al.)
21. Importancia del Manejo de las TIC en el alumnado de Enfermería. (José Miguel Rodríguez-Baquero et al.)
22. Aplicaciones informáticas y móviles, promueven estilos de vida saludables. (Mercedes Verónica Álvarez-González et al.)
23. Enfermería y uso de las Tecnologías de la Información en estudios de postgrado. (Lorena Tarrío-Concejero et al.)
24. Uso de internet como fuente de información enfermera. (José Miguel Rodríguez-Baquero et al.)
25. Promoción de la salud en adolescentes con anorexia nerviosa. (Rocío Romero-Castillo et al.)
26. Uso de aplicaciones móviles en el manejo de las úlceras por presión. (Virginia Yot-Domínguez et al.)

4. ACREDITACIONES.

1. Resolución de Acreditación como Actividad de Formación Continuada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)
2. Acuerdo de Reconocimiento Académico por la Universidad de Sevilla.

5. REGISTRO ISBN.

1. Ficha de Registro del International Standard Book Number (ISBN)

Presentación

Libro de Resúmenes-Comunicaciones IV Jornadas de Enfermería I+D+i.

“Enfermería y uso de la Comunicación 2.0: Promoción de estilos de vida saludables.

Las IV Jornadas de Enfermería I+D+i, organizadas por el Centro Universitario de Enfermería de la Cruz Roja, centro adscrito a la Universidad de Sevilla, se han titulado “Enfermería y uso de la Comunicación 2.0: Promoción de estilos de vida saludables. Se desarrollaron el 28 de abril de 2016 y su Sede ha sido una vez más el Excmo. Colegio de Enfermería de Sevilla. Además, es muy importante destacar, que han tenido carácter internacional, siendo las II Jornadas Internacionales I+D+i que organiza el Centro.

La Promoción de la Salud, discutida desde la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (1978), reforzada más tarde en las diferentes Conferencias sobre Promoción de la Salud, se ha evidenciado como una estrategia esencial para que los profesionales de Enfermería contribuyan a la mejora de la calidad de vida de los individuos, familias y comunidad. El/la enfermero/a desempeña un papel importante en todos los niveles de atención, siendo un profesional estratégico para proporcionar cambios en el estilo de vida de las personas que promueven la salud, a través de su cuidado y del "empoderamiento" de la persona y su familia, para lo que resulta muy útil actualizar, desde una perspectiva globalizada, los conocimientos y técnicas disponibles. La percepción de la persona sobre su vida, en el contexto cultural y social, asociada con los deseos, objetivos, expectativas e influenciada por el estado de salud, nos obliga a ponernos al día sobre cuáles son las estrategias de promoción de la salud más eficaces y sobre cómo manejar la Sociedad del Conocimiento y las nuevas

Los **Objetivos de las Jornadas** se concretaron en los siguientes:

1. Actualizar los conocimientos sobre las estrategias metodológicas que han demostrado más eficacia que los profesionales de Enfermería pueden aplicar para promover estilos de vida más saludables.
2. Conocer cómo puede aprovecharse el potencial que las TICs y la Sociedad del Conocimiento ofrecen como herramientas promotoras de la salud.
3. Explorar algunas experiencias internacionales que desde la Enfermería se han desarrollado con eficacia en materia de promoción de estilos de vida saludables.

Los **Destinatarios** fueron Graduados/as y Diplomados/as en Enfermería y Estudiantes de Grado del Centro de Enfermería.

La actividad estuvo reconocida con 0,4 créditos ECTS para el alumnado de Enfermería de la Universidad de Sevilla y Acreditada por la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía con 0,8 créditos. Código Actividad WJR86_0.

Las **Áreas Temáticas** para las comunicaciones se dividieron en los siguientes:

- Experiencias que emplearan Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) en la promoción de estilos de vida saludable.
- Empleo del entorno 2.0 en la difusión de la salud y la profesión enfermera
- Aplicaciones informáticas (APPs, programas informáticos, etc.) que promuevan estilos de vida saludables.
- Experiencias profesionales de enfermería cuya metodología incluya el uso de TIC.
- Enfoque de género en el uso de TIC en la promoción de hábitos de vida saludable.
- Manejo de las TICs en los cuidados enfermeros.
- Promoción de estilos de vida saludables y nuevas tecnologías (blogs, foros, cuestionarios online...)

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:

- Dra. Amalia Gómez Gómez. Presidenta.

Coordinadora

- Dra. Alicia Botello Hermosa.

Vocales:

- Dr. Manuel Pabón Carrasco
- D. Domingo Montes Porras
- D. Antonio M. Barbero Radío
- D. Juan Carlos Palomo Lara
- D. Francisco Javier Portero Prados

COMITÉ CIÉNTIFICO

Presidente:

- D. José Antonio Ponce Blandón.

Vocales:

- Dra. Nerea Jiménez Picón
- D^a. Macarena Romero Martín
- Dra. Mercedes Lomas Campos

El **Acto de apertura** estuvo presidido por la **Dra. Amalia Gómez Gómez**, Presidenta del Comité Provincial de Cruz Roja en Sevilla. **D. José María Rueda**. Presidente del Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Por la **Dra. Juana Macías Seda**, Vicedecana de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. **La Dra. Ana María Porcel Gálvez**. Directora del Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. **Dña. Nieves Lafuente Robles**. Directora Plan Integral de Cuidados de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud y por el **Dr. José Antonio Ponce Blandón**. Director del Centro de Enfermería Cruz Roja Sevilla.



La Conferencia Inaugural tuvo por título “La promoción de la salud desde la sociedad del conocimiento” estuvo a cargo del Dr. Joan Carles March Cerdá. Director de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. Centro Colaborador de la OMS en Servicios de Salud Integrados basados en la Atención Primaria.



A continuación, tras un breve descanso, se desarrolló la Mesa Redonda: **"TICs y redes sociales como**

herramientas para la participación en salud". Modera: Dr. José Antonio Ponce Blandón.

Director del Centro de Enfermería Cruz Roja.

Se presentaron las siguientes intervenciones:

Iniciativas de promoción de la salud y prevención a través de TICs desde la organización Internacional Cruz Roja.

Ponente: **Dr. Juan Jesús Hernández González- Nicolás**. Plan de Sa- lud. Departamento de Salud y Socorros. Oficina Central de Cruz Roja.

Las redes sociales y la participación en Salud: Experiencia de "Enfermera Saturada".



Ponente: **D. Héctor Castiñeira López**. Enfermero. Creador del personaje de ficción 'Enfermera Saturada'

APPs y refuerzo educacional en los pacientes activos: Iniciativa enfermera “Diálisis 24 horas”

Ponentes: **D^a Mercedes Muñoz y D^a Ruth Molina Fuillerat**. Enfermeras. Servicio Hemodiálisis del Hospital Virgen de Las Nieves de Granada. Creadoras de la APP Diálisis 24 horas.



TICs seguros para la seguridad del paciente.

Ponente: **D. Vicente Santana López**. Responsable de seguridad del paciente. Coordinador de iniciativas en movilidad y seguridad del paciente de la Agencia Andaluza de la Calidad Sanitaria.

A continuación de desarrollo la Mesa Redonda: “Promoción de estilos de vida saludables y web 2.0”.

Moderada por la **Dra. Alicia Botello Hermosa**. Jefa de Estudios del Centro de Enfermería Cruz Roja, en las que se trataron los siguientes aspectos:

- **Metodologías de aprendizaje en red y mapas de activos para promocionar la salud y el bienestar. Experiencias internacionales.**

Ponente: **D. Mariano Hernán García**. Profesor de metodologías de aprendizaje en red. Escuela Andaluza de Salud Pública.

· **Mentalidad web 2.0: *OpenHealth*.**

Ponente: **D. Javier López Narbona**. Jefe de Servicio de Innovación e Igualdad. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud Junta de Andalucía.

· **La experiencia de *infermeravirtual.com* en la promoción de estilos de vida saludables a través de la web.**

Ponente: **D. Marc Fortes Bordas**. Enfermero y Máster en Educación para la salud. Coordinador del Proyecto *www.infermeravirtual.com* del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

· **Herramientas 2.0 utilizadas en la promoción de estilos de Vida Saludables: Iniciativas internacionales Es- Por-Ti**

Ponente: **D. Manuel Escobar Gómez**. Fundador de *Biocapax Technologies*.

A continuación, se desarrollaron las Comunicaciones enviadas a las jornadas en dos mesas de trabajos paralelas, moderadas por el **Dr. Manuel Pabón Carrasco** y **D. Francisco Javier Portero Prados**, profesores del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla.

Comunicaciones

El uso de las tecnologías de información y comunicación en la diabetes.

Ana Bravo-Adame
Ana María Trigueros-Sánchez.

bravoadameana@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Tecnología de la información; Diabetes mellitus; Atención primaria de salud

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) constituye una de las patologías crónicas más frecuentes, cuya prevalencia está aumentando en proporciones epidémicas en todo el mundo. Este importante aumento estaría directamente relacionado con el envejecimiento de la comunidad, el incremento de las tasas de obesidad, el seguimiento de dietas no saludables, la vida sedentaria y la progresiva urbanización e industrialización (1).

Capacitar en el manejo de su enfermedad a las personas con problemas crónicos muy prevalentes, como la DM, parece lógico y prioritario para no colapsar los sistemas de salud (2).

La importancia de implicar a las personas diabéticas en su autocuidado y autogestión ha provocado que cada vez más profesionales sanitarios se animen a utilizar las tecnologías de la información para el control de la enfermedad. De allí surge la necesidad de desarrollar programas e intervenciones innovadoras en salud que involucren nuevas tecnologías, móviles e Internet.

OBJETIVO

Por todo lo anterior, se planteó como objetivo para realizar la revisión: reflexionar sobre el uso de las nuevas tecnologías en el control y manejo de la diabetes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La realización de la revisión se llevó a cabo en los meses de febrero y abril de 2015, estableciéndose inicialmente un plan de trabajo mediante el cual se llevaría a cabo metodológicamente el procedimiento. Para la selección de información se realizó una búsqueda bibliográfica en Internet, en las bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Scielo. Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica existente sobre el tema en cuestión.

Los criterios de selección definidos para realizar la búsqueda establecieron como criterios de inclusión: artículos en idioma inglés y español publicados entre los años 2011 y 2016, que describieran la utilización de las nuevas tecnologías existentes para el control y manejo de la diabetes. Tras la búsqueda de la bibliografía con las diferentes palabras clave, se realizó una lectura crítica del material encontrado del que se excluyeron algunos artículos tras lectura del título y otros tras la evaluación del resumen por no ajustarse a los criterios de búsqueda iniciales.

Finalmente, para la revisión se contó con los artículos que por su notoriedad científica resultaron más interesantes (Tabla 1).

Como elemento de apoyo para realizar el análisis de la información se elaboró un documento en el que se realizó el registro de los siguientes datos: Autor, revista, año de publicación, título del artículo, objetivo o propósito del estudio, lugar de realización, participantes, descripción de la intervención, duración de la intervención, hallazgos y resultados principales y conclusiones.

Tabla1. Artículos seleccionados para la revisión.

Autor y año.	País.	Propósito.	Diseño.	Muestra.
Sepúlveda-Muñoz (2011).	España.	Evaluar el impacto de la utilización de un sistema de teleasistencia en la evolución clínica de pacientes diabéticos tipo 2 en autocontrol, dentro del Sistema público de salud.	Ensayo Controlado de grupos paralelos.	n=328
López-Torres et al (2014).	España.	Evaluar la repercusión de un programa de telemedicina en el estado de salud percibido de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria.	Estudio prospectivo con diseño no experimental (reflexivo).	n=52
Rivas-Nieto et al (2015).	Perú.	Describir la proporción y frecuencia de uso de TIC en pacientes con dislipidemia (DLP), diabetes (DM) e hipertensión arterial (HTA), explorar el porcentaje de adherencia al tratamiento y la percepción de participar en intervenciones	Estudio transversal descriptivo	n=206

		utilizando tecnologías de información y comunicación (TIC) en esta población.		
Morales – Rocha et al (2012).	México.	Revisar la situación actual de la diabetes y sus complicaciones.	Estudio descriptivo.	
Valles-Ortiz et al (2015).	México.	Evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones que han utilizado mensajes de texto para la disminución de los niveles de hemoglobina glucosilada en el control glucémico en personas con DT2.	Revisión sistemática.	n=8

RESULTADOS

Las nuevas tecnologías permiten la transmisión de información a los pacientes, y ofrecen una óptima aplicabilidad en la educación para la salud (3). El grado de satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes que han participado en el estudio es muy elevado, mostrando ambos el interés (1).

Los resultados muestran que es posible la monitorización de los pacientes con diabetes mediante telemedicina, la cual ha servido también para proporcionarles periódicamente recomendaciones preventivas. (3). Al final del periodo de estudio, el control metabólico en el grupo de telemedicina, había mejorado de forma estadísticamente significativa con respecto al inicio del mismo (1).

Los mensajes de texto e Internet pueden ser útiles para el desarrollo de programas de salud, al contar con la aceptación de pacientes y cuidadores, quienes podrían ser agentes clave en el desarrollo e implementación de estos programas (4). Mediante telemedicina no se ha comprobado una reducción de la glucemia tras un seguimiento prolongado, pero la transmisión electrónica de la información ha resultado viable y muy satisfactoria (3). El monitoreo remoto de pacientes puede prevenir consecuencias graves que se originan usualmente debido a la falta de detección y por lo tanto de atención oportuna (5).

CONCLUSIONES

Se concluye con que las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación son una realidad a la que no se puede ser ajeno que, en los últimos años, vienen teniendo usos en salud con

el fin de ayudar a los pacientes a manejar fuera de la clínica condiciones crónicas.

Dado el bajo número de artículos con los que se trabajó en el presente artículo de revisión, limitación del mismo, destacar la baja aportación de evidencia que arroje resultados concluyentes sobre la mejora del control y manejo de la diabetes a través de las nuevas tecnologías, por lo que se hace interesante seguir desarrollando proyectos en esta línea.

Finalizar con que el uso de la tecnología de la información no debería ser una alternativa, sino más bien un complemento a los procedimientos ordinarios, para lograr mayor confort del paciente y mayor rapidez en el envío de información sobre salud, además de ser una forma de fomentar su participación en el manejo de su enfermedad.

REFERENCIAS

1. Sepúlveda Muñoz J. Influencia de la telemedicina en el control del paciente diabético tipo2. Disponible en: http://www.epistemonikos.org/es/documents/773073677b3a904b031ba971cffc8c2bf5be2_38d
2. Benito Badorey B. Diabetes mellitus en los dispositivos móviles. Diabetes Práctica 2015;06(02):49-96.
3. Lopez-Torres a J, Rabanales J, Fernández R, López FJ, Panadés L, Romero V. Resultados de un programa de telemedicina para pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Gac Sanit. 2015;29(1):55–58.
4. Andrea C. Rivas-Nieto A, Málaga G, Ruiz-Grosso P, Huayanay-Espinoz CA, Curioso WH. Uso y percepciones de las tecnologías de información y comunicación en pacientes con hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes de un hospital nacional de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica 20015: 32(1)

Programa de promoción y educación para la salud: “RCP y DESA a través de las TICs ganarán este partido”

Health promotion and education program: “CPR and SAED through ICTs win this game.

Noelia Campanario-Carrasco¹
María Rosario Martínez-Jiménez²

¹ Graduada Universitaria en Enfermería en Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”.
Universidad de Sevilla.

² Docente en Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Universidad de Sevilla.

noelia.c_92@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Desfibriladores; Fútbol; Muerte súbita; Promoción de la salud; Resucitación Cardiopulmonar.

RESUMEN

Justificación: Existen estudios que corroboran una mayor incidencia de muerte súbita inexplicada en personas que practican deporte de intensidad, como el fútbol. Actualmente, resulta difícil detectar y prevenir estos accidentes, por ello tratar la parada cardiorrespiratoria (PCR) con maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y desfibrilador adquiere gran relevancia.

La supervivencia de las víctimas depende considerablemente de la intervención que realicen los testigos, pues la fibrilación ventricular revierte en un 90% si la desfibrilación se realiza de forma temprana. Por esta razón, se plantea educar en materia de RCP y manejo del desfibrilador semiautomático (DESA) a entrenadores de fútbol cumpliendo con la competencia de educación para la salud por parte de enfermería.

Población: Programa dirigido a entrenadores de equipos de fútbol que no cuentan con equipo sanitario en sus instalaciones. En este caso se ha captado una muestra de 16 entrenadores de varias categorías del club de fútbol de la localidad de Puerto Serrano (Cádiz).

Objetivo General: Instruir en conocimientos sobre RCP y manejo del DESA en una PCR a los entrenadores, utilizando Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) como herramientas.

Planificación: Se imparte un taller presencial de dos sesiones

teórico-prácticas de dos horas de duración. Los contenidos van dirigidos a adquirir habilidad y destreza en las maniobras de RCP y en el manejo del DESA.

Evaluación: En la evaluación de la estructura se valoran los recursos materiales y humanos adecuados a cada sesión. La evaluación del proceso la realiza el propio profesional de enfermería que imparte el taller quien valora el desarrollo del programa contando con unos indicadores de resultado específicos, controlando las posibles limitaciones y comprobando la adherencia de la población. La evaluación de resultados se obtiene de un cuestionario final que cumplimentan los participantes.

ABSTRACT

Justification: There are studies supporting a higher incidence of sudden unexplained death in people who play sports intensity, such as football. Currently, it is difficult to detect and prevent these accidents, so treat cardiac arrest (PCR) with cardiopulmonary resuscitation (CPR) and defibrillator is more relevant.

The survival of the victims depends heavily on the intervention performed witnesses as ventricular fibrillation reverts to 90% if defibrillation is performed early. For this reason, we propose education on CPR and management of semi-automatic defibrillator (AED) football coaches meeting competition health education by nurses.

Population: Program for coaches of football teams that do not have medical equipment on their premises. In this case it has captured a sample of 16 coaches of various categories of the football club of the town of Puerto Serrano (Cádiz).

General objective: To instruct in skills about CPR and DESA management in a PCR coaches, using information and communications technology (ICT) as tools.

Planning: It imparts a face-to-face workshop of two sessions of two hours the contents are aimed at acquiring ability and skill in CPR and the management of the SADE.

Evaluation: The evaluation of the structure, materials and human resources are valued each session. Process evaluation is performed by the nursing professional himself taught the workshop who values the development of the program, with specific result indicators, controlling the possible limitations and checking the adherence of the population. The evaluation of results obtained from the final questionnaire filled in by the partakers.

Keywords: Defibrillators; Soccer Sudden death; Health promotion; Cardiopulmonary Resuscitation.

INTRODUCCIÓN

Justificación

En la actualidad, la cardiopatía es una de las principales causas de muerte temprana en occidente, destacando la muerte súbita (MS) como su manifestación más severa y cuenta con una elevada incidencia, representando más del 60% de las muertes por enfermedad coronaria (1). En nuestro país no se disponen aún de datos exactos, pues no hay un consenso para su registro, pero se calcula que hay una parada cardiorrespiratoria (PCR) cada 20 minutos. De los 63.000 españoles que sufren un infarto de miocardio un 30% muere de PCR antes de llegar al hospital y de los 40702 fallecimientos anuales por enfermedad coronaria, un 50% muere por MS (2).

Los deportistas presentan una incidencia mayor de MS que las personas que no practican deporte, en concreto 1,6 muertes por cada 100.000 deportistas contra la proporción que presenta el resto de la población, que es de 0,75 por cada 100.000 habitantes (3).

Existen numerosos estudios donde se investiga las causas de este problema en deportistas en España. En una muestra de 180 casos de MS, 84 de ellos eran menores de 30 años y el deporte más practicado por los fallecidos fue el fútbol (40 casos), seguido de ciclismo y atletismo. La de mayor incidencia es la muerte inexplicada que ocurre en un corazón estructuralmente normal. Esto es algo que crea gran preocupación en los profesionales sanitarios que trabajan con deportistas porque se presenta frecuentemente de forma asintomática. En la actualidad se han identificado varias circunstancias desencadenantes, pero cuentan con causas de difícil identificación.

Durante las últimas dos décadas, casos de muerte repentina en deportistas conocidos en Irlanda, el Reino Unido y Europa han aumentado la conciencia en cuanto a la necesidad de ofrecer una mayor cobertura de desfibriladores en los campos deportivos.

Existe una relación temporal entre el momento de uso del desfibrilador y la supervivencia de la víctima, lo que quiere decir que un uso temprano del desfibrilador mejora las tasas de supervivencia significativamente. Sin embargo, resulta alentador, que pese al aumento en la disponibilidad del desfibrilador externo semiautomático (DESA), aún queda por conseguir una mayor formación sobre el del desfibrilador entre los miembros de las instalaciones deportivas. La instrucción de los nuevos miembros de un club en el uso del desfibrilador es una prioridad. Además, se encuentran casos en los que se imparten cursos de inicio, pero no llegan a actualizarse en un periodo corto de tiempo. La American

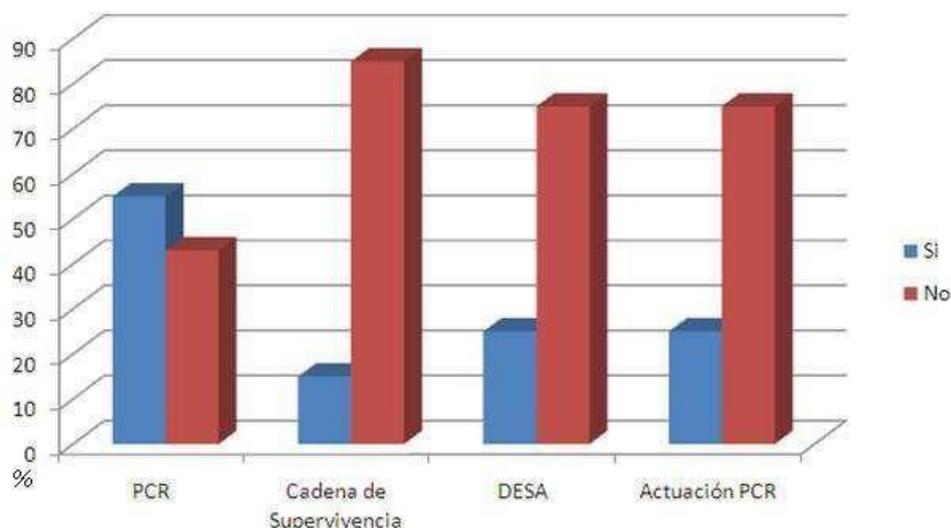
Heart Association (AHA) recomienda el reciclaje de esta formación cada dos años (4).

Las personas que presencian la PCR cuentan con un papel esencial porque en la mayoría de comunidades autónomas el tiempo de llegada de los equipos sanitarios al lugar es aproximadamente de ocho minutos y de once minutos para la primera descarga (5).

Por tanto, la supervivencia de las víctimas depende considerablemente de la intervención que realicen los testigos, pues la fibrilación ventricular revierte en un 90% si la desfibrilación se realiza en el primer minuto. Su eficacia disminuye entre 7% a 10% por cada minuto de retraso, después de doce minutos la supervivencia se reduce a hasta un 2%.

En el año 2010, el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) realiza una encuesta referente a los conocimientos de la población en materia de Soporte Vital Básico (SVB) y Resucitación Cardiopulmonar (RCP). En ella se obtiene que el 45% de los encuestados desconocían lo que es una PCR, el 85% ignoraban el concepto de cadena de supervivencia, el 74% no sabían qué era un DESA y sólo el 26% conocía el modo de actuación ante una PCR. Véanse resultados en el gráfico 1 (6).

Gráfico 1: Conocimiento de la población sobre RCP.



Fuente: Montero, 2014.

En relación a las lagunas de conocimientos, en este estudio se les realiza un cuestionario inicial a los participantes del taller, en el cual se obtienen los siguientes resultados:

- El 89% de los encuestados desconocen la secuencia del algoritmo de RCP.
- Un 89% desconocen los eslabones de la cadena de supervivencia.
- En relación a la actuación durante la descarga de un DESA, un 22%

fallaron en la respuesta.

- En cuanto a la técnica de ver, oír y sentir para la comprobación de la respiración, respondieron incorrectamente 44%.
- El 78% no saben donde se colocan los parches del DESA.
- El 44% ignora cuál es el número de teléfono consensuado para las emergencias.

Actualmente los numerosos equipos de fútbol de categorías inferiores a primera división aún no disponen de personal sanitario en sus instalaciones. La medicina del deporte es una especialidad que ha evolucionado mucho a partir de la mitad del siglo XX, pero todavía le queda mucho trabajo por abarcar (7).

Por consiguiente, la formación a la población en materia de RCP y desfibrilación precoz es la medida primordial para aumentar la supervivencia con la que contamos hoy por hoy. Se ha demostrado que, con tan solo una formación de una duración de al menos treinta minutos para testigos de una PCR, aumenta las cifras de supervivencia. Todos estos motivos hacen que el equipo de investigación plantee como objeto de estudio, realizar un programa de salud en materia de RCP y uso de un DESA dirigido a entrenadores de fútbol. Para adiestrarles en este tema la disciplina enfermera cuenta con las competencias apropiadas y necesarias, además de contar con mayor facilidad para acceder a la población.

Antecedentes

Contextualización de la muerte súbita en el deporte

Según el American College of Cardiology, la AHA y la Sociedad Europea de Cardiología la MS es: “aquella que acontece de forma natural (no violenta) e inesperada, en un intervalo de menos de una hora desde el inicio de los síntomas premonitorios, en una persona con aparente buen estado de salud que se encuentra realizando sus actividades habituales en el momento del suceso fatal. En las muertes no presenciadas o las que ocurren durante el sueño, el fallecido debe haber sido visto por última vez con vida y en situación estable como mucho veinticuatro horas antes de que se lo hallara muerto” (8). Cuando los síntomas aparecen mientras se realiza ejercicio deportivo o en la hora siguiente tras haberlo realizado se considera MS relacionada al deporte.

La incidencia real de ésta en deportistas aún se desconoce pues se registran pocos casos. Se estima que 1 de cada 200.000 casos de MS al año muestra relación con la actividad física intensa y 1 de cada 18.000 casos de MS en mayores de 35 años. La incidencia anual de MS en deportistas no es muy alta, sin embargo, presentan una incidencia mayor que las personas que no

practican deporte (3).

La relación causal entre deporte y MS es todavía controvertida, pero según unos estudios realizados en deportistas italianos se identificó que había más casos en sujetos deportistas que en los que no lo eran, esto sugiere una relación causal entre el deporte intensivo y la aparición de muerte repentina con una cardiopatía de base predisponente a ello. Además, la incidencia puede variar según género, raza y la intensidad del entrenamiento con una incidencia máxima de 6 por 100.000 al año en atletas de raza negra sometidos a entrenamientos intensivos y estrictos (7).

El aumento de la incidencia de esta problemática del deporte se relaciona con los cambios hemodinámicos y electrofisiológicos que se producen durante la práctica deportiva. Mientras se realiza ejercicio se produce un aumento de las catecolaminas, esto es agravado por el estrés que genera la competición y provoca un incremento en las respuestas de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la contractilidad miocárdica, con el consiguiente ascenso del consumo miocárdico de oxígeno. Además, la estimulación simpática puede por sí sola favorecer la aparición de arritmias o agravar una situación de isquemia miocárdica subyacente. Del mismo modo, los cambios ambientales extremos (temperatura, altitud, barométricos, entre otros) pueden ampliar la demanda miocárdica de oxígeno y el riesgo de MS en deportistas (9).

Por otro lado, se ha reconocido una diferencia clara entre las causas en deportistas jóvenes y las identificadas en la población. Según registros de autopsia, en los Estados Unidos la miocardiopatía hipertrófica es la causa más importante (36%), seguida por la anomalía del origen de las arterias coronarias (17%), la miocarditis (6%), la displasia arritmogénica (4%) y finalmente las canalopatías (4%) (8).

Tras una revisión de 486 casos de PCR en jóvenes atletas entre 2000 y 2006, solo lograron sobrevivir un 11% (rango, 4%-21%) de los afectados (10). Por esta razón se debe trabajar para alcanzar medidas precoces contra la PCR súbita.

Prevención de la muerte súbita

Para prevenir este tipo de muerte en el deporte se pueden emplear medidas como: reconocimiento médico precompetitivo, elaboración de registros nacionales de MS en el deporte, RCP y desfibrilación precoz (3). A continuación, se describen estas medidas:

- Reconocimiento médico precompetitivo: La prevalencia de enfermedades cardíacas que cuentan con alto riesgo de

inducir MS en deportistas jóvenes sería de un 0,2 a 0,7%. Identificar sujetos de alto riesgo es una tarea complicada porque puede ser la muerte la primera manifestación de la enfermedad (9). Además, no hay un consenso en relación a los métodos diagnósticos necesarios, a la capacidad de identificar a sujetos con riesgo y a su eficacia para modificar la historia natural de estas enfermedades cardíacas (7). Este tipo de reconocimientos fueron instaurados en algunas comunidades a pesar de no contar con clara evidencia de su eficacia, posiblemente motivos económicos llevaron la implantación de estos reconocimientos ya que no son costo-efectivos (3).

En un futuro, estas medidas de prevención más los avances que aporte la biología molecular pueden ocasionar un gran progreso en la prevención de esta enfermedad tan imprevisible (8).

Elaboración de registros nacionales de muerte súbita en el deporte: Debido a la dispersión de los casos de muerte repentina en deportistas en España, se precisa una estructura que permita tener acceso a todos los lugares de nuestro territorio.

Efectivamente, como bien dicen diversos autores: “es imprescindible llevar a cabo un registro de todos los casos de MS que se produzcan en nuestro territorio”. Creen que se podría crear un grupo de referencia en cardiología deportiva integrado por cardiólogos y médicos del deporte encargado de diseñar y completar un registro centralizado. También plantean la idea de crear una base de datos con casos clínicos en relación a cardiopatías y práctica deportiva (7).

España actualmente disfruta de la ayuda de una sociedad científica nacional denominada Federación española de medicina del deporte que cuenta con asociaciones autonómicas que facilitan el registro (9). Sin embargo, sería necesario profundizar más en los mecanismos de obtención de datos de los casos de MS en el deporte para facilitar su investigación y avanzar en métodos más específicos de prevención.

Establecimiento de medidas indispensables para una optimización de la resucitación cardiopulmonar y desfibrilación precoz: Como la identificación de este problema presenta gran dificultad, es importante contar con estrategias alternativas para la prevención secundaria. Educar a la comunidad en materia de gestión de una PCR desempeña un papel importante en la mejora de la tasa de supervivencia. El 80% de las PCR ocurren fuera del hospital y en dos de cada tres casos cuentan con la presencia de testigos.

La RCP básica y desfibrilación precoz realizada por testigos puede duplicar o triplicar las posibilidades de revertir la situación, pero desafortunadamente la actuación por parte de testigos suele

ser baja (11). Consiguientemente, la formación en conocimientos y técnicas de RCP básica y uso de un DESA a todo ciudadano, reduciría de manera considerable tanto los fallecimientos como las secuelas derivadas de la PCR.

Por ende, la elevada incidencia de PCR en el ámbito extrahospitalario y sus trágicas secuelas apoyan que se debe incluir en la cadena de supervivencia a toda la población y no quede reducida a los especialistas sanitarios (6).

En las últimas recomendaciones del año 2010 del European Resuscitation Council (ERC) se fomenta el desarrollo de los programas de acceso público a la desfibrilación y apoyan la implantación de estos en lugares como centros de deportes, recintos deportivos, estaciones de transportes donde una PCR pueda ser reanimada de forma rápida por personas instruidas (5).

Por tanto, teniendo en cuenta la incidencia de MS en la práctica deportiva intensa, es preciso asegurar la formación en SVB a todo el personal que trabaje en centros e instalaciones deportivas (7).

Un DESA posibilita el acceso a la desfibrilación a personas con una formación y un entrenamiento, ya que su uso no tiene que estar precedido por un diagnóstico clínico. Son muy específicos y sensibles llegando a identificar adecuadamente a más del 82% de los pacientes que precisan una descarga y a más del 99% de los que no la necesitan. También ofrecen altos niveles de eficacia y de seguridad tanto para la víctima como para el rescatador. Además, cuentan con un fácil manejo, incluso hay quienes afirman que este aparato puede ser utilizado hasta por niños de 9 a 12 años a los que se les haya instruido con anterioridad.

La desfibrilación temprana no sólo aumenta la supervivencia de fuera del hospital, sino que también incrementa la probabilidad de recuperación de la circulación de forma espontánea y por tanto disminuye los costos de los cuidados post resucitación.

La disponibilidad de desfibriladores en las instalaciones deportivas no tiene cobertura exclusiva para deportistas, sino que también ofrece la posibilidad de apoyo para salvar la vida de los espectadores y otros transeúntes (12).

El principal obstáculo para la aplicación de desfibriladores son los recursos financieros, el costo promedio de un DESA oscila entre 1500 a 3000 euros. Los recursos humanos son otra barrera potencial para la implementación de desfibriladores, pues aún existe escasa formación sobre el uso y mantenimiento de estos aparatos (10).

Como bien dicen ciertos autores: "El DESA en la PCR tiene una utilidad similar a la de un extintor en un incendio. Con los

extintores se puede controlar el fuego en su inicio, pero no sustituir a los bomberos” (13). Pero, pese a la multitud de ventajas que presentan estos dispositivos, aún encontramos limitaciones en su acceso al público.

Legislación de desfibrilación externa por personal no sanitario

En España, casi todas las comunidades autónomas han regulado el uso de los desfibriladores por personal no sanitario, en abril de 2009 se publicó un Real Decreto en el que se fijaron las condiciones y los requisitos mínimos para la utilización y mantenimiento de los DESA fuera del ámbito sanitario. Sin embargo, aún encontramos importantes diferencias entre las diferentes normativas de unas comunidades y otras lo que, unido al exceso reglamentista de algunas de ellas, puede provocar un efecto contrario al deseado por los legisladores, es decir, que se conviertan en un freno para la difusión de la desfibrilación temprana (14).

Según diversos autores “El riesgo es aún mayor cuando en ninguna de estas normas se considera el desarrollo del principio del «buen samaritano». Por este principio, en Estados Unidos se otorga impunidad a los rescatadores «no sanitarios» que utilicen los DEA de forma no negligente. Esta impunidad es importante, ya que existe el peligro de que el ciudadano, testigo de una PCR, se inhiba ante el riesgo de tener que hacer frente a una reclamación judicial, como consecuencia paradójica de una intervención generosa y humanitaria” (2).

En Andalucía, según el decreto 22/2012 por el que se regula el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario y se crea su registro, estarán habilitadas para el uso de estos desfibriladores:

“Cualquier persona podrá hacer uso de un desfibrilador, siempre que tenga conocimientos básicos y mínimos que se puedan constatar en materia de RCP, SVB y uso del desfibrilador, o bien esté en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía o Grado en Medicina, o de Diplomado Universitario de Enfermería o Grado de Enfermería, o de Formación Profesional de Técnico en Emergencias Sanitarias.

- Por Orden de la persona titular de la Consejería de Salud se determinará la formación necesaria para hacer uso de un desfibrilador”.

Además, según este decreto se considerará infracciones sanitarias leves la utilización de un desfibrilador sin disponer de unos conocimientos mínimos para su uso, conforme a lo establecido (15).

No obstante, según el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, en

la orden del 4 de junio de 2013, “La persona que utilice un DESA fuera del ámbito sanitario deberá poseer las habilidades y los conocimientos mínimos necesarios para poder realizar una primera atención de la PCR hasta el momento de la llegada de los equipos sanitarios especializados, y tendrá que ser capaz de:

Identificar una persona inconsciente, una obstrucción de la vía aérea y una PCR.

Alertar a los servicios de emergencias sanitarias.

Aplicar técnicas de RCP básica.

Utilizar con rapidez y seguridad un DESA”.

Como dice esta orden: “Se considerará que una persona está habilitada para el uso de un DESA fuera del ámbito sanitario:

Si ha obtenido un diploma o certificado individual de la realización del correspondiente curso de formación en RCP básica y uso de DESA, con la superación de su evaluación, y siempre que dicho diploma o certificado esté emitido bien por las unidades competentes en materia de formación de los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, bien por los Centros de Prevención de Riesgos Laborales dependientes de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía, bien por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales; o esté emitido por cualquiera de las entidades o instituciones que formen parte del CERCP o bien esté emitido y firmado por una persona que esté reconocida como instructora por cualquiera de las instituciones o entidades que forman dicho consejo.

Si posee un certificado académico oficial que acredite haber superado la unidad formativa de formación profesional denominada SVB o que acredite haber superado un módulo profesional que incluya dicha unidad formativa.

Si posee un certificado de profesionalidad, o de programa formativo o de curso de especialización, en los que se incluya como contenido la unidad formativa SVB” (16).

MARCO CONCEPTUAL

Promoción y prevención de la salud

En España, el artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, y declara que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios. Además, la Ley General de Sanidad 14/1986, declara como objetivo del sistema sanitario que los medios y actuaciones del mismo estarán orientadas prioritariamente a la promoción de la salud y a la

prevención de las enfermedades (15).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entendemos por **salud**: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Pero dentro del contexto de promoción de la salud, esta no ha sido considerada como un medio para llegar a un fin, es decir, como un recurso que permite que llevemos una vida social y económicamente productiva. Dicho de otro modo: “La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida”.

En la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud celebrada en Ginebra en el año 1986, nace la Carta de Ottawa, en la que se da la siguiente definición sobre la **Promoción de la Salud**: “Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”.

Asimismo, se considera que la promoción de la salud constituye proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud permitiéndoles ejercer un mayor control sobre la misma.

Para ello debe existir una base compuesta por un medio que apoye al individuo, acceso a la información y oportunidades que permitan desarrollar las aptitudes oportunas. Según la Carta de Ottawa corresponde al personal sanitario asumir la responsabilidad de actuar como mediador a favor de la salud y las estrategias deben adaptarse a las necesidades locales.

La OMS en la Declaración de Yakarta en el año 1997, identifica las siguientes prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- “Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud”.

En la actualidad la práctica sanitaria no se centra exclusivamente en la curación de la enfermedad, sino que adquiere mayor importancia la prevención. Hay veces que la prevención de la enfermedad se utiliza como término complementario de promoción de la salud. Según la Carta de Ottawa la **Prevención** comprende: “Las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Podemos encontrar tres tipos de prevención:

- Prevención primaria: dirigida a evitar la aparición de la enfermedad.
- Prevención secundaria y terciaria: cuyo objetivo es detener o retardar la enfermedad que ya se encuentra presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado. Un ejemplo de este tipo sería la RCP.

Tanto en la promoción como la prevención de la salud, la educación representa un elemento esencial. Se entiende como educación para la salud a “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (17).

Enfermería en programas de promoción y educación para la salud

La disciplina enfermera hasta hace poco se encargaba únicamente del proceso de enfermedad, sin embargo, en poco tiempo ha incorporado la educación a la comunidad, potenciando las capacidades de los individuos para mejorar su salud y a decidir qué les conviene, tanto en autogestión de su salud como en elecciones responsables con toda la información en mano. Prescribir salud es una oferta que no podemos obviar, por tanto, debe entrar en nuestra consulta diaria de enfermería (18)

El papel de la enfermera en los programas de promoción de la salud en materia de RCP y DESA adquiere gran peso, pues enfermería cuenta con las suficientes competencias como para implicar a la comunidad en la protección de la salud e instruir a voluntarios interesados.

En un ensayo aleatorio realizado en un grupo de 108 personas compuesto tanto por profesionales de enfermería y medicina se analiza la enseñanza impartida por este grupo de sanitarios, en materia de RCP y DESA. Los resultados obtenidos fueron que no había diferencias entre la evaluación escrita de alumnos del curso impartido por los profesionales de enfermería y los de medicina. Sin embargo, en las habilidades prácticas, los participantes del curso impartido por enfermería superaron a los participantes del curso impartido por medicina (19).

Por esta razón, las normativas vigentes de la gran mayoría de comunidades autónomas coinciden en la indudable autorización de enfermería como personal apto y competente para formar y entrenar maniobras de RCP y manejo del DESA. La formación a reanimadores testigos no sanitarios permite que estos puedan salvar vidas y contribuir a la misma vez en la resolución de un problema de salud pública (6).

Las TICs en el sector de la promoción y prevención de la salud

La incorporación de las TICs en el sector de la sanidad ha supuesto una mejora en la calidad de vida de los ciudadanos, pues han permitido desarrollar herramientas dirigidas a dar respuestas en diversas áreas como: investigación, planificación, prevención y promoción entre otras.

Cabe destacar el reto que suponen las TICs en materia de promoción y prevención de la salud, pues constituyen la base de un gran número de aplicaciones verdaderamente útiles y accesibles para la comunidad.

Cadena de Supervivencia

El concepto de **cadena de supervivencia** establecido por la AHA en 1991 se ha consolidado como referente a seguir en la atención extrahospitalaria. Hace referencia al conjunto de actuaciones que unen a la persona que sufre una PCR con su supervivencia. Esta cadena, como se puede ver en la imagen 1, resume los pasos necesarios para realizar una RCP con éxito. Abarca el reconocimiento temprano y solicitud de ayuda, una RCP de calidad, la desfibrilación temprana y el soporte vital avanzado, junto a los cuidados tras la RCP si la víctima se recupera (20).

Imagen 1: Cadena de supervivencia del adulto.



Fuente: American Heart Association, 2015.

A continuación, se describirá cada eslabón de la cadena de supervivencia:

-En el primer eslabón se indica la importancia de reconocer una PCR y pedir ayuda llamando al número de teléfono 112 para que se desplacen los servicios de emergencia, con el fin de conseguir una atención rápida que pueda controlar la situación. El testigo que llame deberá identificarse, decir lo que le ocurre al paciente, el lugar concreto donde se encuentra y si va a iniciar maniobras de RCP. Deberá seguir las indicaciones que le den al otro lado del teléfono y siempre será el último en colgar el teléfono.

-El segundo eslabón abarca la RCP precoz practicada por los testigos de la PCR. La realización de unas compresiones torácicas y unas ventilaciones inmediatas pueden aumentar considerablemente la supervivencia. Todo ello con el objetivo de

ganar tiempo hasta la realización de la desfibrilación.

-El tercer paso será la desfibrilación temprana, única medida que revierte la PCR si esta es provocada por una fibrilación ventricular. Por lo tanto, lo ideal sería que el DESA estuviera disponible en los primeros tres a cinco minutos, pues por cada minuto de retraso en la desfibrilación se reduce de un 10 a un 15% la probabilidad de supervivencia.

-Los dos eslabones finales, soporte vital avanzado y el tratamiento efectivo posterior a la resucitación, se centran en la conservación de las funciones vitales, en especial del corazón y el cerebro. Los equipos sanitarios son quienes ya se encargan de realizar estos últimos procedimientos, los cuales se consideran primordiales para recobrar una adecuada calidad de vida.

Uno de los eslabones que ha cobrado mayor importancia en los últimos años es la desfibrilación precoz, pues aumenta considerablemente la supervivencia de la PCR. Su gran trascendencia en la evolución del paciente sitúa la utilización de este aparato, como el mayor avance jamás conseguido dentro de las técnicas de RCP (5).

Como se aprecia en la imagen número 2, la cadena de supervivencia para el paciente pediátrico cuenta con algunas modificaciones en relación a la cadena de supervivencia del adulto.

Imagen 2: Cadena de supervivencia pediátrica.



Fuente: Hervilla y Martínez, 2010.

El eslabón que encabeza la secuencia hace referencia a la prevención. Según las últimas recomendaciones, en el caso de los niños las acciones de prevención son fundamentales para evitar situaciones de alto riesgo. Si se quiere disminuir el número de accidentes en niños, se aconseja: guardar objetos peligrosos, prevenir las asfixias, proteger las zonas eléctricas, emplear cinturón de seguridad, prevenir quemaduras, etc.

En el segundo eslabón se encuentran las maniobras de RCP precoz. En pacientes pediátricos, primeramente, se realizan cinco ventilaciones de rescate y se prosigue con un minuto de

maniobras de RCP.

El siguiente paso es la activación del sistema de emergencias. Los dos eslabones finales de esta cadena siguen el mismo orden que la secuencia del paciente adulto (21).

Algoritmo actual de RCP

Los algoritmos de RCP básica son frecuentemente actualizados por el ERC, generalmente cada cinco años. Con estas actualizaciones se pretende alcanzar el mayor grado de eficacia y simplicidad posible apoyándose siempre en la evidencia científica.

Según las últimas recomendaciones del año 2010, ante una víctima inconsciente y sin respiración o sin pulso se debe alertar al teléfono 112 e iniciar RCP. En las maniobras de RCP se usa una relación de 30 compresiones y 2 respiraciones. Sin embargo, para los reanimadores no entrenados se aconseja sólo compresiones torácicas guiadas por teléfono. Las compresiones deben tener al menos cinco centímetros de profundidad y una frecuencia de al menos 100 compresiones al minuto.

La relación de respiraciones y compresiones cambiaría en niños; pero según el ERC, para los reanimadores poco entrenados se recomienda mantener la relación 30 compresiones y 2 respiraciones. El motivo de ello es simplificar la enseñanza, promover la retención de habilidades, aumentar el número de compresiones y disminuir la interrupción de estas

En cuanto se disponga de DESA, se debe seguir las indicaciones verbales de éste inmediatamente. Los parches tienen que ir colocados uno bajo la axila izquierda y el otro parche bajo la clavícula derecha, junto al esternón. Si hay más de un reanimador se intentará no interrumpir la RCP, la descarga de la desfibrilación debería ser realizada con una interrupción de las compresiones de no más de cinco segundos. Durante la descarga se debe mantener el lugar despejado y nadie debe tocar a la víctima, al igual que en durante el análisis del ritmo.

Si la víctima comienza a despertarse (se mueve, abre los ojos y comienza a respirar) se debe detener la RCP y se colocará en la posición lateral de seguridad. Disponible en **anexo 1** imagen de algoritmo de soporte vital básico y desfibrilación externa en adultos.

El protocolo recomendado en niños sigue la siguiente secuencia: Si no responde y no respira con normalidad se realizan 5 ventilaciones de rescate, si no responde se realizan 15 compresiones y 2 ventilaciones, tras un minuto de RCP se llama al teléfono de emergencia. En las compresiones del niño el pecho deberá ser deprimido un tercio de su profundidad, para ello se

suele emplear el talón de una sola mano.

Para la desfibrilación con DESA en niños de 1 a 8 años se necesitan unos parches pediátricos o si es posible ajustar el desfibrilador a una modalidad pediátrica. Si esto no fuera posible, se debe usar el desfibrilador como esté disponible. Este algoritmo de SVB en niños se encuentra disponible en forma de imagen en **anexo 2** (22).

Desfibriladores Externos

Entendemos por desfibrilador al instrumento que basándose en microprocesadores de gran complejidad que registran y analizan la señal eléctrica del corazón para determinar si es compatible con fibrilación, indicando en caso de detectar ritmo desfibrilable la aplicación de una descarga eléctrica. El desfibrilador externo es un equipo electrónico cuyas funciones se encuentran automatizadas y les confieren la capacidad de analizar los ritmos cardíacos y proporcionar de manera programada y controlada, una descarga eléctrica de intensidad variable y corta duración en el músculo cardíaco de un paciente cuando está indicada, con el fin de revertir la arritmia letal en cuestión.

Actualmente existen dos modelos distintos de desfibrilador externo, el DESA y el desfibrilador externo automático (DEA). Ambos presentan las mismas características, la única que les hace diferentes es la posibilidad o no de realizar la descarga de forma automática o bajo la autoridad de una persona, con un DESA no se realiza la descarga hasta que el reanimador pulse el botón, mientras que con un DEA el propio aparato se encarga de realizarla. Esta es una de las principales razones por las que el uso del DEA es menor, pues toda la responsabilidad de la descarga recae exclusivamente en el aparato, llegando a sobrepasar los principios éticos impuestas en la sociedad (23).

POBLACIÓN Y CAPTACION

Población diana

Este programa va dirigido a una población compuesta por entrenadores de fútbol de clubs que no cuentan con equipo sanitario, ya que ante circunstancias de gran gravedad como puede ser una PCR no disponen de un personal experto que establezca o gestione la situación. Debido a limitaciones de tiempo se selecciona únicamente una pequeña muestra de entrenadores de fútbol del club deportivo Puerto Serrano Atlético. El motivo de elección de este club es la fácil accesibilidad a él, pues el hecho de conocer a varios entrenadores y directivos de este pueblo, agiliza considerablemente el desarrollo del programa. En un futuro se desea ampliar dicha muestra y desarrollar un programa de

mayor peso en este ámbito.

Por consiguiente, la población diana se constituye por dieciséis entrenadores, cada uno correspondiente a categorías de fútbol distintas.

La localidad de Puerto Serrano cuenta con 7.127 habitantes, según desvela el padrón municipal. Entre estas, alrededor de 3100 personas se encuentran entre los 5 y 35 años, el grupo de edad que suele realizar un deporte de cierta intensidad como por ejemplo puede ser el fútbol (24).

Se calcula que aproximadamente el club de fútbol de Puerto Serrano Atlético cuenta con 425 futbolistas en su plantilla, además de los jóvenes que juegan en sus instalaciones, aunque no pertenezcan al equipo local de fútbol.

Captación

El proceso de captación de dicha población se realiza a través del delegado del campo de fútbol de Puerto Serrano, al cual se le hizo una serie de preguntas de las cuales se obtuvieron datos como: los entrenadores que disponen del curso oficial de entrenador (que no son todos) reciben nociones básicas de primeros auxilios, pero declara que se olvidan porque no reciclan

estos contenidos, declara que anteriormente no se han impartido enseñanzas de talleres similares. Además, manifiesta que en alguna ocasión solicitó a un enfermero conocido formación sobre aspectos de RCP, pero aún no se había planificado nada, ni había intenciones claras de hacerlo.

Partiendo de la base de la conversación mantenida con el delegado de campo, se propone a los distintos entrenadores la realización del I Taller de RCP Y DESA en club deportivo Puerto Serrano Atlético. Se le hace saber que los conocimientos y habilidades que van a obtener les servirán de gran ayuda en caso de situaciones de compromiso vital tanto a nivel deportivo como en la vida cotidiana, sin embargo, se les indica que estas clases no están acreditadas por ningún organismo oficial, sino que pertenecen al desarrollo de un proyecto de prevención y promoción para la salud.

Es fundamental que los entrenadores tengan una base de conocimientos en RCP y DESA pues se encuentran en uno de los deportes con mayor número de lesiones, alguna de estas con consecuencias graves para la salud y ellos pueden llegar a ser una ayuda esencial ante esas circunstancias pues la mayoría no disponen de apoyo sanitario in situ y en una PCR actuar rápidamente aumenta considerablemente la supervivencia de la víctima.

Para la puesta en marcha de este programa se le solicita al ayuntamiento de Puerto Serrano unas instalaciones donde podamos impartir dicho taller. El delegado les hace saber a los entrenadores la existencia de dicho programa, además se colocó en el tablón de anuncios de las instalaciones deportivas un cartel donde se les recordaba a los participantes el lugar y la hora de dicho taller.

OBJETIVOS

En esta parte del proyecto, se describen los propósitos a alcanzar en la realización del programa. Los objetivos son fundamentales en el proceso de planificación, pues le dan sentido a nuestro trabajo.

Objetivo general

Instruir, en conocimientos sobre RCP y manejo del DESA en una PCR a los entrenadores, utilizando TICs como herramientas.

Objetivos específicos

- Explicar la incidencia de la MS en el futbolista para concienciar a los entrenadores.
- Describir y practicar el algoritmo de RCP básica adulta y pediátrica.
- Enseñar cómo usar DESA en caso de ser testigos de una PCR.

CONTENIDOS

Se ha demostrado que simplemente una formación de una duración de al menos 30 minutos para testigos de una PCR, aumenta las cifras de supervivencia. Para ello se recomienda hacer hincapié en tres aspectos esenciales: la llamada a los servicios de emergencia, las compresiones eficaces y la desfibrilación precoz (25).

La formación que se imparte en este taller será la necesaria para poder llevar a cabo maniobras de RCP básica y uso del DESA en caso de ser testigos de una PCR. De igual forma se pretende alcanzar los objetivos descritos en el programa.

Las sesiones se imparten con contenidos teóricos y prácticos, dándole mayor énfasis a estos últimos porque gracias a la práctica se alcanza mayor dominio de habilidades y destrezas.

Con el fin de facilitar y aumentar la eficacia del aprendizaje se eligen como herramientas principales las TICs. Tras una búsqueda y análisis de diversas TICs útiles para desarrollar la metodología de este proyecto, se termina seleccionando como herramienta estrella una App llamada CPR11. Esta aplicación fue creada por la fundación Mapfre y los principales criterios de

elección fueron: Ofrece un plan de instrucciones sencillas y claras de cómo realizar RCP y usar DESA por testigos. Es específica del ámbito deportivo. Está enfocada en la prevención y promoción de la salud. Cuenta con fácil acceso y gratuidad. Está reconocida por organismos oficiales como Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y FIFA medical centre of excelente (26).

Parte Teórica

- Presentación del taller.
- Incidencia de la MS en futbolistas, nombrando los casos más significativos que se han producido en España en los últimos años y el caso más actual de un futbolista amateur.
- Vídeo sobre prevención de MS y la importancia de la RCP en esta. Su función es emitir el mensaje de que entre todos los ciudadanos podemos conseguir jugar al fútbol de una forma más segura gracias a la realización de RCP y desfibrilación precoz. Dicho video se selecciona de la App CPR11 mencionada anteriormente.
- Descripción de los eslabones de la cadena de supervivencia adulta y de la pediátrica.
- Introducción a la RCP básica en adultos y niños de entre 1 a 8 años.
- Inclusión del DESA en la cadena de supervivencia. Importancia de la desfibrilación temprana.
- Descripción y uso de la APP denominada CPR 11. Esta es una herramienta muy útil para ayudar a salvar vidas a través de una guía con once pasos básicos en los que se explica cómo actuar durante los primeros minutos de una PCR. Se hace hincapié en esta parte puesto que todo el contenido de esta aplicación informática, les servirá a los participantes para mirar la información trabajada en el taller. Además de ser una buena herramienta para el futuro reciclaje de contenidos impartidos.

Las diapositivas utilizadas en el taller para impartir la parte teórica se encuentran disponibles en el **anexo 3**.

Parte Práctica

- Valoración de la víctima: Reconocimiento de la inconsciencia, apertura de la vía aérea, comprobación de la respiración (ver, oír y sentir) y comprobación del pulso.
- Posición lateral de seguridad.
- Aviso al servicio de emergencias.
- Algoritmo de RCP básica en adulto y en niños.
- Manejo del DESA.

Los contenidos se impartirán en dos sesiones distintas, que a su vez tendrán lugar en diferentes días. La distribución de la materia en estas respectivas sesiones se expone resumidamente en la tabla 1 y a continuación se describen de forma detallada.

Tabla 1: Distribución de contenidos por horas.

			Minutos	Total Horas
SESION 1	Teoría	Presentación del taller	10 min	2 horas
		Incidencia de la muerte súbita y proyección de video.	15min	
		Descripción de los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia	10 min	
		Algoritmo RCP básica en adulto	15 min	
		Descanso	10 min	
	Práctica	Valoración de respiración con técnica denominada “Ver, oír y sentir”	15 min	
		Posición lateral de seguridad	15min	
Masaje cardíaco y ventilaciones efectivas		30 min		
SESION 2	Teoría	Algoritmo de RCP pediátrica	15min	2 horas
		Importancia de la desfibrilación temprana	10min	
		Incluir DESA en cadena de supervivencia	15 min	
	Práctica	Colocación de electrodos en adultos y niños	15min	
		Descanso	10 min	
		Manejo del DESA	30 min	
		Simulación de un caso de PCR		

Fuente: Elaboración propia

En la **primera sesión** se realiza un cuestionario de presentación del taller, donde se citan los objetivos a alcanzar y se introduce el contenido que se va a enseñar.

A continuación, se prosigue con el desarrollo de contenidos. En primer lugar, se dará a conocer la incidencia de la MS en futbolistas, para ello mostraremos casos conocidos en España y proyectaremos un video sobre futbolistas conocidos que sufrieron este accidente. En esta proyección también se anuncia la aplicación informática CPR 11.

Después, se define el término de cadena de supervivencia y se describe los dos primeros eslabones de esta. Además, se explica en profundidad el algoritmo de RCP básica en adultos.

Esta sesión consta con una parte práctica en la que se entrenan las habilidades en maniobras de RCP básica en adultos, para ello se dispone de un maniquí para que los alumnos puedan realizar en él los ejercicios. Comienzan con maniobras para identificación de respiración, se les enseña la posición lateral de seguridad y por último las técnicas para un masaje cardíaco correcto.

Por otro lado, en la **segunda sesión** se desarrolla las peculiaridades de la RCP en niños y se explica la importancia de

la desfibrilación temprana y la inclusión del DESA en la cadena de supervivencia.

El contenido práctico que se entrena en esta segunda sesión es el manejo del DESA, para ello contamos con un simulador DESA para aprender a manipularlo. También se explica la colocación de los parches o electrodos del desfibrilador, así como las singularidades del uso de desfibrilador en niños de entre 1 a 8 años. Por último se simula un caso de PCR en el que se tiene que desarrollar todos los pasos de la cadena de supervivencia que aprenden a lo largo del taller.

La materia de estas sesiones se basa en las últimas recomendaciones publicadas por el ERC y el CERCP, los cuales se rigen por las últimas evidencias científicas, todo ello con el fin de mejorar la supervivencia en caso de PCR.

En **anexo 4** se muestran imágenes reales de la ejecución de este programa.

CRONOGRAMA, PLANIFICACION Y PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD

Cronograma

Para facilitar la gestión y planificación de las actividades que se van a desempeñar en este proyecto se ha establecido el siguiente cronograma, como herramienta para ordenar en el tiempo el desarrollo del programa.

Para empezar, se procede a analizar las necesidades de la población diana mediante la entrevista. Más tarde se aborda la captación de la población, para ello se seleccionan dos meses, en nuestro caso se eligen los meses de enero y febrero, para poder alcanzar la máxima población posible. Esta captación la realizamos a través del delegado de campo o algún otro directivo para alcanzar una divulgación máxima, pues ello tiende a comunicarse con un mayor número de personas y cuentas con un número mayor de herramientas para facilitar la divulgación. También se colocan carteles informativos, en los cuales se muestran los contenidos del taller, el propósito, la persona que lo organiza, así como la fecha y lugar de donde se va a impartir.

Posteriormente, se realiza una reunión con los directivos pertenecientes, en este caso delegado del club de fútbol, en la que se comentan los siguientes aspectos:

- Conocimientos y prácticas que se van a enseñar en estas sesiones.
- Material del que se dispone (maniquís, DESA o cuestionarios) y material que se necesita (proyector, pantalla o pared blanca para proyectar, sillas, etc.).

- Se realiza la demanda de instalación donde realizar el taller.
- Se les informa de que la asistencia a este taller es voluntario y que no se les asigna ninguna acreditación oficial por acudir a él.
- Se concreta las fechas y las horas en las que se llevan a cabo las distintas sesiones.

Una vez planteadas y planificadas las anteriores cuestiones se comienza a trabajar y elaborar la materia y actividades que se van a impartir. Luego se organizan y disponen los recursos necesarios. Tras ello, se procede a impartir las sesiones. Al principio del taller se reparte un cuestionario inicial y al finalizar las sesiones se entrega un cuestionario final, ambos necesarios para la evaluación del programa.

Tabla 2: Cronograma por semanas del programa de promoción de la salud sobre RCP y DESA en entrenadores de fútbol.

ACTIVIDAD	SEMANA						
	Enero				Febrero		
	1 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	7 a
Evaluación inicial de la población diana mediante entrevista directa	X						
Fase De Captación		X					
Sesión organizativa con la directiva			X				
Diseño de actividades				X			
Organización de instalación y materiales					X		
Taller teórico-práctico						X	
Evaluación del proyecto							X

Fuente: Elaboración propia.

Planificación

Indicadores previstos

Este proyecto cuenta con un programa de mejora de la calidad, donde se utilizarán una serie de indicadores para identificar las áreas de mejora. Para ello el equipo de investigación ha escogido unos resultados y sus respectivos indicadores con el fin de identificar las áreas adquiridas y las que se deben mejorar.

Teniendo en cuenta los objetivos ya planteados, se medirán los resultados mediante los siguientes indicadores:

NOC: Conocimiento: recursos sanitarios (1806). Grado de conocimiento transmitido sobre recursos sanitarios relevantes.

Indicadores:

- ~ Cuándo contactar con un profesional sanitario.
- ~ Cómo contactar con los servicios necesarios.

La escala con la que se miden estos indicadores es:

1. Ningún Conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.

NOC: Conocimiento: fomento de la salud (1823). **Grado de conocimiento** transmitido sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima.

Indicadores:

- ~ Conductas que fomentan la salud.
- ~ Recursos sanitarios relevantes.
- ~ Conductas para prevenir lesiones no intencionadas.

La escala con la que se miden estos indicadores es:

1. Ningún Conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.

NOC: Control del riesgo (1902). **Acciones personales** para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.

Indicadores:

- ~ Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
- ~ Se compromete con estrategias de control del riesgo.
- ~ Evita exponerse a las amenazas para la salud.

Supervisa los cambios en el estado de salud. Se mide con la escala:

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado .

NOC: Detección del riesgo (1908). **Acciones personales** para identificar las amenazas contra la salud personal.

Indicadores:

- ~ Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.

~ Coteja los riesgos percibidos.

Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. Se mide con la escala:

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

NOC: Efectividad del programa comunitario (2808). **Calidad** de las actividades coordinadas del programa que promueven la salud y previenen, reducen o eliminan los problemas de salud de un colectivo o una población.

Indicadores:

- ~ Objetivos alcanzables del programa.
- ~ Satisfacción de los participantes con el programa.
- ~ Calidad de los métodos del programa.
- ~ Tasa de participación en el programa.

La escala con la que se miden estos indicadores es:

1. Escasa.
2. Justa.
3. Buena.
4. Muy buena.
5. Excelente (27).

Periodicidad en la medición de resultados

Para determinar si se ha logrado alcanzar las metas propuestas, se realizará la medición de resultados mediante los indicadores ya planteados. Esta medición se llevará a cabo en varios momentos para poder prevenir, corregir o mantener las actividades.

La medición de los resultados se realiza al principio y al final del taller mediante la entrega de un cuestionario inicial (disponible en **anexo 5**) y un cuestionario final (disponible en **anexo 6**).

La materia de este taller se volverá a evaluar a medio y largo plazo. Por tanto, en los meses posteriores a su impartición, en concreto a los seis meses, el profesional de enfermería que ha llevado a cabo el taller acudirá a las instalaciones deportivas y realizará la evaluación mediante una entrevista con una pequeña muestra de dos entrenadores.

Para la evaluación a largo plazo, el profesional de enfermería acudirá en el plazo de doce a dieciocho meses a las instalaciones

deportivas y volverá a realizar la entrevista a esa pequeña muestra ya seleccionada en la visita anterior. Esto nos ayudará significativamente para determinar la efectividad de las actividades realizadas en el programa de salud impartido.

Programa de mejora de calidad

Detección de desviaciones

Debemos anticiparnos ante las posibles desviaciones que se puedan encontrar a lo largo del programa, pues estas podrían originar un cambio importante en los objetivos a alcanzar. A priori se identificaron las siguientes:

En relación a los recursos, se pueden encontrar dificultades para disponer de una sala apropiada para la realización del taller, pues en las instalaciones deportivas no suelen contar con ellas. Además, hay materiales como maniquí y DESA, necesarios para la parte práctica, que no son fáciles de adquirir. Debido a ello la calidad del aprendizaje podría disminuir significativamente.

Otra de las desviaciones sería una escasa participación por parte de los entrenadores.

En cuanto al lenguaje que se use en el taller, puede que no se adapte al nivel cultural de los receptores y que algunos términos lleguen a ser incomprensibles.

Acciones de mejoras previstas en caso de desviaciones

Como ya se ha observado, a lo largo del proyecto se pueden detectar dificultades, por tanto, hay que deducir acciones de mejora ante la posible aparición de estas desviaciones. Si se detectan desviaciones y no se corrigen, sería difícil conseguir los objetivos propuestos. Entre las acciones de mejora encontramos:

Si no se dispone de los recursos que en un principio eran necesarios, tendremos que adaptar el taller y realizar las modificaciones oportunas.

Si se prevé una participación escasa, habrá que plantearse mejorar las técnicas de captación de población y hacerlo más atractivo para captar a un número mayor de personas.

Actualmente existe poca conciencia de la importancia de adquirir unos conocimientos sanitarios básicos. Por tanto, si los medios utilizados cuentan con escasa efectividad, habrá que plantearse disponer de otros medios como por ejemplo la difusión del programa en la radio o televisión local.

El docente debe adaptarse a las necesidades del alumno, es decir, ambos deben compartir un lenguaje similar. Además, tiene que completar las lagunas de conocimientos previos que presente

el alumnado. Para ello se elaborará un apoyo ilustrativo y demostrativo de las técnicas.

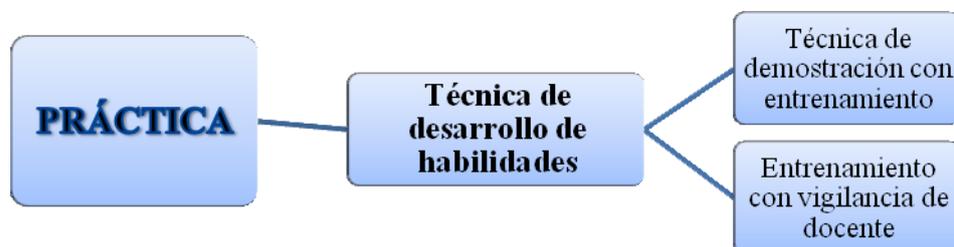
Técnicas para transmitir conocimientos, modificar actitudes e incorporar nuevas habilidades

La educación para la salud es una competencia fundamental en enfermería. Es la enfermera quien debe facilitar, ayudar y orientar a la comunidad, pero son las personas quienes tienen que aprender.

La población debe ser el punto de acción de la promoción de la salud, enfermería intenta educar para que ante una toma de decisiones estas sean eficaces. Por tanto, es fundamental que enfermería trabaje en el aprendizaje, la motivación y la actitud, pero para poder hacerlo debe seguir métodos y técnicas dirigidas al aprendizaje.

En este trabajo se van a fomentar habilidades teórico-prácticas. Para los contenidos teóricos se utiliza una metodología expositiva, demostrativa y participativa. Se recomienda que estos contenidos teóricos se simplifiquen al máximo porque cuanto más volumen se quiere enseñar menos se aprende (véase en la figura 1).

Figura 1: Metodología y métodos para el desarrollo de la teoría



Fuente: Elaboración propia.

Para explicar la teoría se elige como recursos didácticos el empleo de medios audiovisuales. En este taller se opta por la exposición de diapositivas que promuevan al máximo la participación y faciliten la asimilación de los conocimientos de la forma más rápida y eficaz. Al mismo tiempo, permiten al docente adaptar las explicaciones al nivel de comprensión de sus alumnos, dosificando el ritmo y el orden.

Además, estos elementos audiovisuales llaman la atención de los alumnos llegando a motivarles, por tanto, son ideales para el aprendizaje en grupo (28).

La parte práctica es imprescindible y a la que más tiempo se le debe dedicar. Por ello, entre las diversas técnicas educativas que podemos encontrar, en la práctica toman relevancia las técnicas de

desarrollo de habilidades (véase en la figura 2). Estas son muy útiles para desarrollar la capacidad de actuar en situaciones como realización de RCP o uso de desfibriladores y desenvolverse en situaciones reales (29).

Hay varios tipos de técnicas para el desarrollo de habilidades, para este taller se selecciona la técnica de demostración con entrenamiento, pues es la que mejor se adapta a los objetivos propuestos. En la demostración con entrenamiento se explica y posteriormente se realiza una determinada habilidad psicomotora, luego se pide al grupo que la realice y mientras tanto el docente controla como la llevan a cabo (30).

Figura 2: Técnicas para el desarrollo de los contenidos prácticos.



Fuente: Elaboración propia.

En definitiva, la educación en grupo es una herramienta fundamental para la promoción de la salud en la comunidad, dado que en una serie de sesiones programadas se puede mejorar significativamente las capacidades del grupo para abordar un determinado tema de salud.

Materiales a emplear

Se clasificarán los recursos útiles para la realización del taller en dos grandes grupos.

Recursos Humanos:

Entre las personas necesarias para llevar a cabo este proyecto se encuentran:

Profesional de enfermería quien organiza y lleva el mando en el desarrollo del taller.

Colaboradores: Para que la enseñanza tenga mayor efectividad, el profesional de enfermería puede contar con el apoyo de otra persona que le ayude a organizar el aula, repartir cuestionarios, guiar a los alumnos en la parte práctica, entre otras cosas. Estos colaboradores podrían ser personal de enfermería u otro personal que maneje los conocimientos en RCP y uso de desfibriladores.

Recursos Materiales:

Los medios físicos y tangibles que se usarán para emprender de

manera óptima el programa de salud se establecen:

- Aula adecuada para impartir el taller con capacidad mínima de 15 personas.
- Sillas o asientos para el grupo.
- Cañón de proyección, pantalla o superficie blanca para proyectar y ordenador para la presentación de diapositivas.
- Maniquí para maniobras de RCP.
- Simulador DESA para su manejo en la parte práctica del taller.
- Material de limpieza y desinfección.
- Mascarillas de protección facial para realizar las ventilaciones.
- Cuestionarios.
- Bolígrafos y folios.

EVALUACIÓN

Se define evaluación como “el proceso de obtención de información y de su uso para formular juicios que se utilizan para tomar decisiones” (28).

Mediante el proceso de evaluación se verifica el cumplimiento de los objetivos planteados en nuestro programa, se comprueba que se ha obtenido la formación prevista y se descubren las áreas de mejora del programa.

En esta etapa se pretende valorar la conclusión de nuestro proyecto, es decir, las consecuencias de llevar a cabo una serie de actividades ya planificadas o dicho de otro modo, obtener la respuesta de todo el trabajo realizado.

Inicialmente, en la primera sesión del programa de salud, se entrega un cuestionario (disponible en **anexo 5**) a cada uno de los participantes donde se valora sus conocimientos sobre la actuación en caso de posible PCR, antes de impartir los contenidos. Esto es de gran utilidad para comparar y ver si los participantes han comprendido y adquirido los contenidos que se enseñan.

Del mismo modo, en un último cuestionario (disponible en **anexo 6**), se evalúan los contenidos teóricos impartidos en el programa. En él se incluyen tanto los conocimientos adquiridos como los objetivos que en un principio se plantearon. Además se pregunta sobre la calidad o satisfacción con el taller impartidos. En definitiva, con ello se pretende verificar el logro de las metas propuestas al inicio del trabajo.

Para medir si se han alcanzado los objetivos que se plantearon en un principio, se establecen unos resultados, los cuales son obtenidos del cuestionario final y se llevan a cabo unas

intervenciones. Para facilitar su análisis, se dividen las variables en dos bloques: variables sociodemográficas y variables propias del estudio.

En las **variables sociodemográficas** se analizan los siguientes datos:

Edad:

77% en edad de entre 20 a 30 años.

33% en edad de entre 30 a 40 años.

Sexo:

Nivel de estudios:

88% con estudios superiores a estudios básicos. 22% sin estudios superiores a estudios básicos.

A su vez las **variables propias del estudio** (como se pueden ver en las tablas 3, 4 y 5) se van a desglosar en tres bloques: conocimientos, calidad y acciones personales.

Tabla 3: Resultados de los conocimientos adquiridos en el taller.

CONOCIMIENTOS	RESULTADOS
Secuencia de algoritmo de RCP	100%
Cadena de supervivencia	67%
Relación compresiones y ventilaciones	100%
Actuación durante la descarga del DESA	77%
Posición de los parches del DESA en el cuerpo de la víctima	100%
Maniobra de ver, oír y sentir	89%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Resultados de aprendizaje en el área de acciones personales.

ACCIONES PERSONALES	VALOR EN LA ESCALA
Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	100% = Siempre demostrado
Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades	89% = Frecuentemente demostrado
Supervisa los cambios en el estado de salud	100% = Siempre demostrado
Evita exponerse a las amenazas para la salud	89%= Frecuentemente demostrado

Fuente: Elaboración propia

Para extrapolar el valor numérico a la escala usada en acciones personales, se sigue el siguiente criterio:

- Nunca demostrado: 0-15%
- Raramente demostrado: 16-30%
- A veces demostrado: 31-60%
- Frecuentemente demostrado: 61-90%
- Siempre demostrado: 91- 100%

Tabla 5: Resultados de la evaluación de la calidad del taller.

CALIDAD	RESULTADOS
Objetivos alcanzables del programa.	100% valor 5
Satisfacción de los participantes con el programa.	78% valor 5 22% valor 4
Calidad de los métodos del programa.	78% valor 5 22% valor 4
Tasa de participación en el programa.	45% valor 5 22% valor 4 33% valor 3

Fuente: Elaboración propia

Para extrapolar el valor numérico a la escala usada en calidad, se sigue el siguiente criterio:

- Escasa: Valor 1
- Justa: Valor 2
- Buena: Valor 3
- Muy buena: Valor 4
- Excelente: Valor 5

Al finalizar la segunda sesión, se evalúan las habilidades prácticas adquiridas a lo largo del taller mediante la realización de un role playing. Este es una técnica a través de la cual se simula una situación de posible aparición en la vida real, por tanto, se ofrece un caso clínico y los participantes realizan las técnicas aprendidas en el taller, mientras tanto el profesional se encarga de corregirles y evaluarles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosell Ortiz F, Mellado Vergel F, Fernandez Valle P, Gonzalez Lobato I, Martinez Lara M, Ruiz Montero M, et al. Descripción y resultados iniciales del registro andaluz de parada cardíaca extrahospitalaria. Emergencias. 2013; p. 25:345-352.
2. Perales Rodríguez de Viguri¹ N, Pérez Vela JL, Álvarez Fernández JA. La desfibrilación temprana en la comunidad: romper barreras para salvar vidas. Medicina Intensiva.

- 2010; 30:5.
3. Iglesias D. Actualización: muerte súbita en deportistas jóvenes. Evidencia- Actualización en la práctica ambulatoria. 2011; 14:3.
 4. Cronin O, Jordan J, Quigley F, Molloy M. Prepared for sudden cardiac arrest? A cross- sectional study of automated external defibrillators in amateur sport. *Br J Sports Med.* 2013; 7:1171–1174.
 5. López Mesa JB, Herrero Ansola P, Pérez Vela JL, NMartín Hernández H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. *Medicina Intensiva.* 2011; 35 (5): 299-306.
 6. Montero Diego J. Importancia de la enfermería en la desfibrilación externa semiautomática. *Rev Enfermería C y L.* 2014; 6: 13-22.
 7. Sitges M, Gutiérrez JA, Brugada JA, Balius R, Bellver M, Brotons D, et al. Consenso para prevenir la muerte súbita cardíaca de los deportistas. *Apunts Med Esport.* 2013; 48:35-41.
 8. Pérez A, Gozález J. Muerte súbita en deportistas: Importancia del reconocimiento de las miocardiopatías. *Insuficiencia cardiaca.* 2009; 4:130-135.
 9. Boroita A. La muerte súbita del deportista. *Revista española de medicina legal.* 2011; 37:146-154.
 10. Rothmier J, Drezner J. The Role of Automated External Defibrillators in Athletics. *Sports Health.* 2009; 1 (1):16-20.
 11. Portero Prados FJ, León Gil P, Torres García J. Importancia de la enseñanza de RCP básica en el ciudadano. *HYGIA de enfermería.* 2011; 18 (76): 5-8.
 12. Saqib G, Sanjay S. Role of Automated External Defibrillators (AED) in Sports, Cardiac Defibrillation. Mechanisms, Challenges and Implications. In. Rijeka, Croatia. 2011; 133- 144.
 13. Ballesteros Peña S. Análisis inadecuados de los desfibriladores externos semiautomáticos durante la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. *Atención Primaria.* 2013;45(4):193- 198.
 14. Real decreto 365/2009, de 20 de marzo de 2009, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario. núm. Boletín oficial del estado, número 80, de 2 de abril de 2009.
 15. Decreto-ley 22/2012, de 14 de febrero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario y se crea su Registro. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 46, de 2 de marzo de 2012.
 16. Orden de 4 de junio de 2013, por la que se determina la formación necesaria para el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario. Boletín Oficial de

- la Junta de Andalucía, número 113, de 12 de junio de 2013.
17. Subdirección general de epidemiología. Glosario promoción de la salud. Ginebra; 1998.
 18. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013; 15: 78-86.
 19. Yeung J, Okamoto D, Soar J, Perkins G. AED training and its impact on skill acquisition, retention and performance. A systematic review of alternative training methods. *Resuscitation.* 2011; 82: 657–664.
 20. Arriaza N, Rocco C. Educación y simulación en reanimación cardiopulmonar. *Rev Chil Anest.* 2012; 41: 53-56.
 21. Bossaert L, Davies S, De Vries W, Handley A, Koster R, Monsieurs K. Resucitación cardiopulmonar con desfibrilador externo automático. *Guías del ERC.* 2010; Bélgica.
 22. Consejo Español de Resucitación (ERC). Guías para resucitación 2010, [Online]; 2010 [cited 2015]. Recuperado de: <http://www.cercp.org/guias-y-documentos/guias/115-guias-erc-2010>.
 23. Socorro Santana F. Pasado, presente y futuro de los desfibriladores externos automáticos para su uso no profesional. *Emergencias.* 2012; 24: 50-58.
 24. Instituto Nacional de Estadística (INE). Padrón municipal. [Online].; 2014 [cited 2015 marzo 10]. Recuperado de: www.ine.es.
 25. Kramer E, Dvorak J, Kloeck W. Review of the management of sudden cardiac arrest on the football field. *Br J Sports Med.* 2010; 44: 540–545. Doi: 10.1136/540bjsm.2010.074526.
 26. Mapfre F. Aplicación CPR11. [Online].; 2015 [cited 2015 marzo]. Available from: https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/campana/campana-juega-seguro/.
 27. Elsevier. NNNconsult [Recurso electrónico]. Catálogo Fama de la Universidad de Sevilla. [Online] 2015. Recuperado de : <http://0-www.nnnconsult.com.fama.us.es/noc>.
 28. Bautista López Mesa J, Perales Rodríguez de Viguri N, Ruano Marco M, Tormo Calandín C, Tamayo Lomas L. Manual para la enseñanza de monitores en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática Barcelona: Elsevier; 2008.
 29. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012; 21: 77-82.
 30. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de educación para la salud. 2006; Navarra: Gobierno de Navarra.

Evaluación de la profesión enfermera en los medios 2.0: la blogosfera.

Macarena del Rosario López-
Verdugo¹ María Macarena Romero-
Martín²

¹*Alumna Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla*

²*Profesora del Centro Universitario de Enfermería Cruz
Roja Sevilla*

macarena.lv93@gmail.com

PALABRAS CLAVE (DECS): enfermería, blogging, comunicación en salud.

INTRODUCCIÓN:

La utilización de Internet ha facilitado el acceso a la información tanto de los ciudadanos y ciudadanas como de los y las profesionales. Por ello, hablar de este fenómeno en el ámbito de la sanidad se vuelve un punto obligado¹.

Así, se puede afirmar que la tecnología 2.0 está tomando un papel cada vez más protagonista como medio para compartir y aumentar el conocimiento y la experiencia profesional, lo que a su vez permite mejorar la calidad de los cuidados². Es una nueva estrategia de comunicación, vinculación, cooperación y sinergia entre profesionales de enfermería que muestran interés en la mejora de la atención, gestión, investigación y educación³. Además, contribuye a mejorar la imagen de la profesión enfermera en la sociedad haciéndola más acorde con la realidad, a la vez que potencia la investigación, pues las tecnologías de la información permiten difundir los cuidados propios de la disciplina⁴.

Uno de los recursos relacionados con la web 2.0 son los blogs, que junto a las redes sociales, son los que generan mayor interactividad e intercambio de información. En ellos se pueden encontrar desde resúmenes de artículos científicos hasta iniciativas innovadoras de grupos de profesionales^{5,6}. Así, son utilizados por los y las profesionales de enfermería para aportar su visión personal y profesional con respecto a determinados temas, así como para compartir información¹. De esta manera, los blogs de enfermería son un medio de divulgación del conocimiento y formación continua entre sus profesionales y permite llevar a cabo la educación sanitaria de los y las pacientes, sacando así el

máximo provecho de las herramientas 2.0⁷.

Por otro lado, se debe mencionar que a pesar de las numerosas ventajas de Internet, la información que contiene puede no ser fiable. Así, la rigurosidad de la información científica en los medios web muestra gran diversidad y variabilidad con respecto a calidad, orientación y finalidad de la información⁸. Por ello, los usuarios y usuarias precisan no únicamente de información sobre las fuentes disponibles, sino también de consejos que les permitan evaluarlas para evitar efectos adversos derivados de un mal uso de Internet. Así, recientemente se han creado diversos instrumentos que permiten medir la calidad de las páginas web sanitarias^{9,10,11,12}.

Por último, cabe destacar que se considera fundamental la implicación de los y las profesionales de enfermería en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación a través de la innovación, de manera que se logre incrementar el nivel de calidad y visibilidad de las páginas web de la profesión¹³.

OBJETIVO

Analizar el entorno web 2.0 como medio de difusión para la profesión enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de los blogs de enfermería recientes para analizar la calidad y repercusión de los mismos. Se parte de una búsqueda en Google con las palabras “blog” y “enfermería”. Se seleccionaron los 50 primeros resultados y se analizaron los que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Blogs relacionados con la profesión enfermera.
- Autoría personal (no asociaciones o instituciones).
- Al menos una entrada en los últimos tres meses.

Las variables de estudio son la relevancia, la transparencia, la autoría, la protección de datos, la actualización de la información, la responsabilidad y la accesibilidad. En cuanto a los instrumentos de medida, se emplearon el índice Pagerank¹⁴, para medir la relevancia de los blogs. Se trata de un valor numérico con rango del 1 al 10 que refleja la repercusión del blog en cuestión en el entorno web. Para el resto de variables se empleó el *Cuestionario para evaluar sitios webs sanitarios según criterios europeos*¹⁵, que ha sido validado con una fiabilidad aceptable. Este cuestionario consta de 6 dimensiones, que se valoran de forma dicotómica si/no (se otorga el valor 1 en caso afirmativo y 0 en caso negativo) o con un rango del 1 al 5 según cada ítem. Las puntuaciones máximas de cada variable son: transparencia 5, autoría 6, protección de datos 1, actualización de la información 1,

responsabilidad 3 y accesibilidad 30.

Para el cálculo de las frecuencias de cumplimiento de los ítems, se estableció que los valores por encima del valor medio de la puntuación máxima, se considera una respuesta afirmativa y viceversa.

RESULTADOS

Tras llevar a cabo la búsqueda y excluir todos aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, se han seleccionado 28 blogs, los cuales tienen un **Pagerank** de media $0,8 \pm 1,4$.

Los blogs analizados muestran una calidad aceptable con respecto a la variable transparencia, con una puntuación media de $2,6 \pm 1,3$; en la actualización de la información, con una puntuación media de $1,0 \pm 0,0$; así como en cuanto a la accesibilidad que presenta una puntuación media de $19,3 \pm 0,9$.

Por otro lado, se identificó una calidad deficiente en las variables protección de datos personales, puntuación media $0,2 \pm 0,4$ y responsabilidad, puntuación media $0,7 \pm 0,5$.

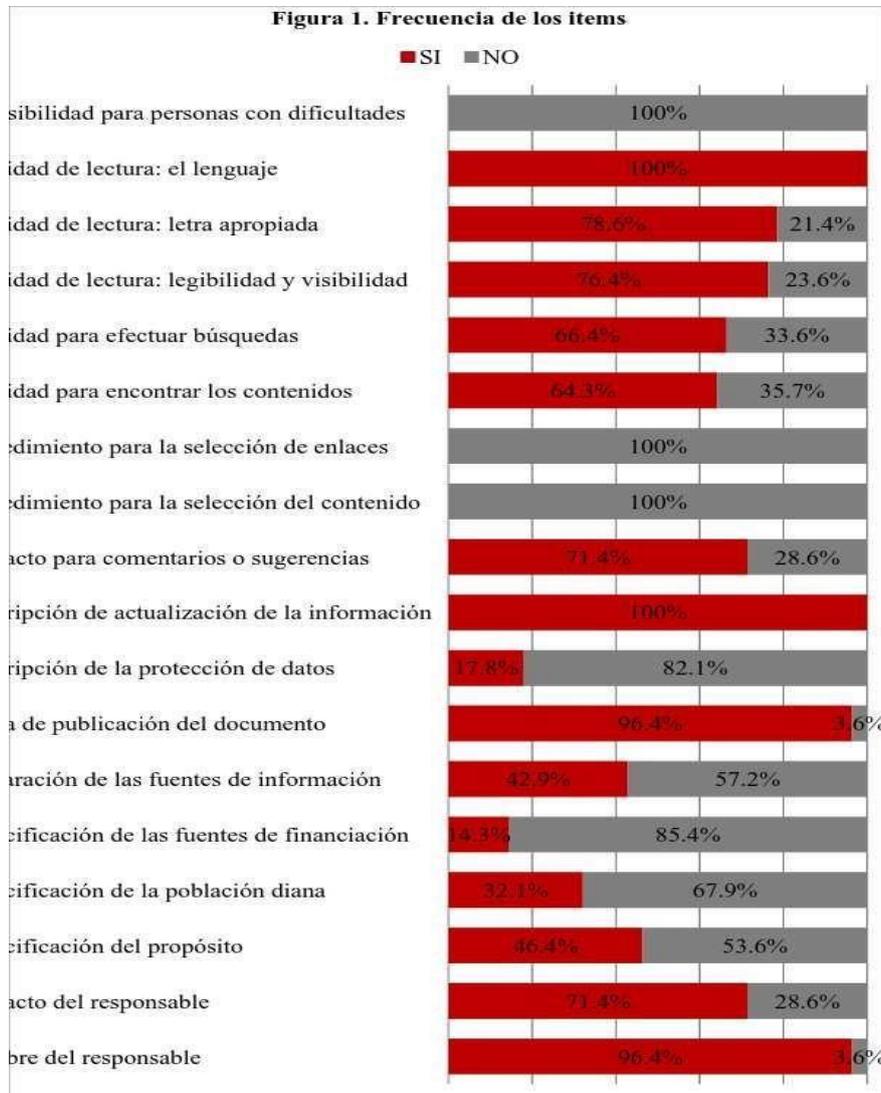
Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems de los blogs estudiados.

	Puntuación media \pm SD	Valor máximo
TRANSPARENCIA Y AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERESES	$2,6 \pm 1,3$	5
Nombre de la persona u organización responsable	$1,0 \pm 0,2$	1
Dirección electrónica, formulario de contacto o física del responsable del sitio web	$0,7 \pm 0,5$	1
Especificación del propósito u objetivo del sitio web	$0,5 \pm 0,5$	1
Especificación de la población a la que está dirigido	$0,3 \pm 0,5$	1
Especificación de las fuentes de financiación para el desarrollo o mantenimiento del website.	$0,1 \pm 0,4$	1
AUTORÍA		6
Declaración de las fuentes de información de los documentos	$1,4 \pm 1,3$	3
Fecha de publicación del documento	$2,9 \pm 0,6$	3

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES		1
Descripción de la forma de protección de la información y procesamiento de datos	0,2 ± 0,4	1
ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN		1
Descripción del procedimiento de actualización de la información	1,0 ± 0,0	1
RESPONSABILIDAD	0,7 ± 0,5	3
¿Hay una dirección de correo electrónico de contacto a la que poder enviar comentarios o sugerencias?	0,7 ± 0,5	1
Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección del contenido	0,0 ± 0,0	1
Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección de enlaces	0,0 ± 0,0	1
ACCESIBILIDAD	19,3 ± 0,9	30
Facilidad para encontrar los contenidos	3,2 ± 0,5	5
Facilidad para efectuar búsquedas	3,3 ± 0,6	5
Facilidad de lectura: legibilidad y visibilidad	3,8 ± 0,4	5
Facilidad de lectura: tamaño de letra apropiado y color de contraste	3,9 ± 0,5	5
Facilidad de lectura: el lenguaje se adecua al destinatario	5,0 ± 0,0	5
Accesibilidad para personas con discapacidades y dificultades de aprendizaje	0,0 ± 0,0	5

Con respecto al ítem accesibilidad para personas con dificultades se puede afirmar que está presente en un 0% del blog analizados. En cuanto a la facilidad de lectura en función al lenguaje, letra apropiada y legibilidad, se observa una frecuencia del 100%, 78,6% y 76,4% respectivamente. Por otro lado, la facilidad para efectuar búsquedas se sitúa en un 66,4% y para encontrar los contenidos en un 64,3%. Tanto la descripción de los procedimientos de selección de enlaces como para la selección del contenido están presentes en un 0% de los blogs estudiados. En un 71,4% de los mismos se ofrece la posibilidad de contacto para comentarios o sugerencias. En el 100% de la muestra se lleva a cabo la descripción de actualización de la información, mientras que la descripción de la protección de datos únicamente está presente en un 17,9% de la misma. Así, la fecha de publicación de los documentos aparece en el 96,4% de los blogs y la declaración de las fuentes de información en un 42,9%. Por

otro lado, la especificación de las fuentes de financiación, de la población diana y del propósito aparecen respectivamente en un 14,3%, 32,1% y 46,4%. Por último, se muestra el contacto de la persona responsable en un 71,4% de los blogs y el nombre de la



misma en un 96,4%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados son consistentes con estudios previos en relación con la transparencia y ausencia de conflicto de intereses, la protección de datos personales y la responsabilidad¹⁶.

El análisis ejecutado, muestra que los blogs de enfermería facilitan la lectura en relación al lenguaje utilizado. Así, es esencial adaptar el lenguaje a los y las pacientes para garantizar la comprensión de la información dada por los y las profesionales de la salud, tratándose el mismo de una pieza clave para lograr el

adecuado funcionamiento del sistema sanitario y alcanzar unos cuidados de calidad¹⁷.

Por otro lado, se puede afirmar que la información ofrecida en los diferentes blogs analizados se mantiene actualizada. La profesión enfermera es una disciplina con un campo de conocimientos propios que se encuentra en constante desarrollo, lo que implica la necesidad de renovación continua de dichos conocimientos por parte de enfermeras y enfermeros, de manera que se proporcionen respuestas a las necesidades de cuidado de la sociedad actual¹⁸.

Sin embargo, se encuentra como elemento de mejora la accesibilidad para personas con dificultades en la blogosfera, ítem que resulta de gran importancia si tenemos en cuenta la elevada probabilidad de que pacientes con discapacidad utilicen el entorno 2.0 para adquirir conocimientos acerca de sus patologías. Además, una ventaja de mejorar la accesibilidad es el aumento de las visitas del sitio web en cuestión, lo que a su vez proporciona una mayor visibilidad de la profesión enfermera como educadora en salud, influyendo positivamente en su imagen social¹⁹.

Otro aspecto a mejorar de los blogs de enfermería es el procedimiento para la selección de enlaces y del contenido, los cuales deben de ser tenidos en cuenta debido a que son numerosos los estudios que establecen que la información que aparece en las páginas web sanitarias es de calidad baja^{20,21}.

Para concluir, se puede afirmar que la profesión enfermera está muy presente en la blogosfera. Sin embargo, la relevancia de los blogs de enfermería es baja y la calidad aceptable aunque con áreas de mejora, particularmente la protección de datos y responsabilidad de la información. Por otro lado, las variables que destacan más positivamente son la facilidad de lectura con respecto al lenguaje, la descripción de actualización de la información, así como la aparición de la fecha de publicación de los documentos y el nombre y contacto de la persona responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos-Morcillo AJ, Fernández-Salazar S. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los Cuidados de Enfermería. *Evidentia*. 2011; 8(34).
2. Fernández-Utrilla M, Fernández-Utrilla P, López E. Las redes sociales y la Enfermería. *Parainfo Digital*. 2015;(22).
3. Famer CM, De Bortoli SH. Nursing networks: strategies to strengthen research and extension studies. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):10-1.
4. Azavedo B, Fernandes GR. La construcción del sitio en internet para la mejora continua en enfermería: una

- contribución a la educación permanente. *Enfermería Global*. 2010
- i. ;9(19).
5. Robinson-García N, Delgado-López-Cózar E, Torres-Salinas D. Como comunicar y diseminar información científica en internet para obtener mayor visibilidad e impacto. *Aula Abierta* 2011; 39(3): 41-50.
 6. Gómez Urquiza JL. Características de los blogs de enfermería: difusión e interactividad generada tras la creación del blog del Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia. *Evidentia*. 2013; 10(41).
 7. Ferguson T. From patients to end users: Quality of online patient networks needs more attention than quality of online health information. *BMJ*. 2002; 324 (7337): 555-6.
 8. Abbott R. Delivering quality-evaluated healthcare information in the era of Web 2.0: design implications for Intute: Health and Life Sciences. *Health Informatics J*. 2010; 16(1):5-14.
 9. Resnik D. Patient access to medical information in the computer age: ethical concerns and issues. *Camb Q Healthc Ethics*. 2001;10:147-54.
 10. Crocco AG, Villasis-Keever M, Jadad AR. Analysis of cases of harm associated with use of health information on the internet. *JAMA*. 2002;287:2869-71.
 11. Jadad AR, Gagliardi A. Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel? *JAMA*. 1998;279:611-4.
 12. Bernstam EV, Shelton D, Walji M, Meric-Bernstam F. Instruments to assess the quality of health information on the World Wide Web: What can our patients actually use? *Int J Med Inform*. 2005;74:13-9.
 13. De la Torre Barbero MJ, Estepa Luna MJ, López-Pardo Martínez M. Calidad e innovación de las páginas Web de enfermería en el periodo 2010-2012. *Enfermería Global*. 2014; (35):197-210.
 14. Effects Studios. PAGERANK [sede web]. Mountain View USA, 2008-2016 [acceso el 15 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.calcularpagerank.com/>
 15. Bermúdez-Tamayo C, Jiménez-Pernett J, García G, Azpilicueta C, Milena S, Babio G, et al. Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. *Aten Primaria*. 2006;38(5):268-74.
 16. Conesa Fuentes MC, Aguinaga Ontoso E, Hernández Morante JJ. Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante cuestionario validado. *Atención Primaria*. 2011; 43(1):33-40.
 17. Medina Aguerrebere P. Comunicar y curar, un desafío para pacientes y profesionales sanitarios. 1ª ed. Barcelona: UOC; 2012.
 18. Durán de Villalobos MM. La renovación del conocimiento y

- la práctica. Aquichan. 2014; 14 (1): 5-6.
- i. WCAG.com, Web Content Accessibility Guidelines 2.0. [Sede Web]. [Actualizada el 8 de diciembre de 2008; acceso 18 de mayo de 2016]. Disponible en:
<https://www.w3.org/TR/WCAG20/>
19. Hargrave DR. Quality of health information on the internet in pediatric neuro-oncology. Neuro-oncology. 2006; 8 (2):175-82.
20. Corcoran TB, et al. The quality of internet-sourced information for patients with chronic pain is poor. The Clinical journal of pain. 2009; 25 (7): 617-23.

El teléfono móvil como vector de contagio de infecciones

María Elena Cano-Muñoz¹
Elena del Rocío Ramírez-
Manzano² Antonio Manuel
Sánchez- Álvarez³

¹*Diplomada Universitaria en Enfermería, área Cuidados Críticos.*

²*Diplomada Universitaria en Enfermería.*

³*Diplomado Universitario en Enfermería. UGC Cirugía ortopédica y traumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena*

m.elena.cano.munoz@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Teléfono móvil; Infección; Carga bacteriana.

INTRODUCCION

La llegada del teléfono móvil a España se produjo en 1976. Desde entonces, los teléfonos móviles son omnipresentes.

Resulta interesante los datos recogidos por la CNMC en 2006, en los que se cifran en 50.1 millones el número de líneas móviles en nuestro país, es decir, hay más líneas móviles que habitantes censados. En el último censo de la CNMCDATA de 2014, se presenta una tasa de penetración de telefonía móvil de una 109.2%, es decir, existen 109.2 móviles por 100 habitantes en España. (1)

Se ha incrementado su uso como accesorio profesional y en la vida social. (2)

Con los recientes avances como fuente de comunicación, el uso del teléfono móvil ha llegado a ser indispensable en los hospitales. (3)

Mejoran la calidad asistencial y el flujo de información, convirtiéndose en una herramienta imprescindible. (4)

Pero como profesionales sanitarios, hemos queridos indagar en el hecho de que, al convertirse el teléfono móvil en herramienta de trabajo, también podría suponer un medio transmisor de organismos patógenos.

Estos teléfonos móviles pueden albergar diversos patógenos

potenciales y convertirse en una fuente exógena de infección nosocomial entre los pacientes hospitalizados y también un peligro potencial para la salud de uno mismo y los miembros de la familia. (5)

Se requiere por parte de las políticas de control de infecciones, realizar prácticas de higiene adecuadas, e incluso restringir el uso del teléfono móvil solo para llamadas urgentes. (6)

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre la contaminación bacteriana presente en los teléfonos móviles y la existencia de medidas de control y prevención de infecciones dado el uso habitual del dispositivo tanto en el ambiente profesional como social.

Los objetivos que nos planteamos con esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Conocer la presencia de organismos patógenos en los teléfonos móviles.
- Conocer la difusión del teléfono móvil en las áreas hospitalarias y en la vida social.
- Conocer si existen medidas para la prevención y control de transmisión de infecciones por este medio y cuáles son.

MATERIAL Y METODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos y revistas, contrastando 15 artículos de los años de publicación comprendidos entre 2006 y 2014.

Las bases de datos consultadas han sido PubMed, Scielo, Medline, Cinhal, ScienceDirect y Cuiden.

La búsqueda se ha realizado utilizando las siguientes palabras clave:

- En inglés: Cell Phones, infection, bacterial load.
- En castellano: teléfonos celulares, infección, carga bacteriana.

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta aquellos estudios basados en revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, personal sanitario y extrahospitalario.

Los idiomas aceptados para la revisión han sido el castellano, inglés y portugués, en los años indicados anteriormente (2006-2014).

Se han excluido aquellos artículos cuyo ámbito de aplicación no fuese el teléfono móvil como vector de contagio de infecciones, así como aquellos trabajos a los que no ha sido posible acceder al texto completo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar los artículos seleccionamos encontramos datos de especial relevancia en los trabajos publicados en relación a la importancia y frecuencia del uso del móvil por parte del personal sanitario que lo convierten en uno de los principales fómite, reservorio e instrumento de contagio de infecciones tanto nosocomiales como a nivel extrahospitalario.

La totalidad del personal sanitario usa el móvil tanto en su jornada laboral como en su tiempo libre; a esto unimos que en los estudios realizados se encuentran patógenos potencialmente provocantes de infecciones en casi todos los teléfonos móviles analizados (4). Como promedio los teléfonos móviles son más sucios que la tapa del inodoro o la suela de un zapato (7); consideramos impactante este dato, fácilmente recordable e importante.

Se encontraron gérmenes potencialmente patógenos en casi la totalidad de los teléfonos móviles del personal sanitario, a esto añadimos el uso muy habitual, lo que lo convierte en un importante vector trasmisor de infecciones. Hallamos en la bibliografía consultada diversas medidas para disminuir la carga bacteriana y con ello evitar la transmisión de infecciones como limpiar el teléfono con soluciones hidroalcohólicas o restringir su uso (8).

CONCLUSIÓN

Consideramos muy útil el uso del teléfono móvil para el desarrollo de las profesiones sanitarias; no obstante debemos tener presente que es un importante vector de transmisión de infecciones, con lo que debemos tomar precauciones restrictivas, higiénicas, asépticas e incluir medidas de educación sanitaria ligadas a su uso, con el fin de evitar infecciones y continuar trabajando con los terminales móviles para mejorar la calidad asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CNMT DATA Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia. 2016
2. Sowah LN. The future of the mobile phone internet: How do we tap into its fullest benefits? Ttechnology Blogs 2008; 1-2.
3. Gurang B, Bhati P, Rani U, Chawla K, Mukhopodhyay C, Barry I. Do mobiles carry pathogens. Microcon 2008 Oct.
4. Shekhar Pal, Deepak Juyal, Shamanth Adekhandi. Movil Phones:Reservoirs for the transmission of nosocomial pathogens.Adv Biomed Res.2015;4:144. www.advbiores.net
5. Gurang B, Bhati P, Rani U, Chawla K, Mukhopodhyay C, Barry I. Do mobiles carry pathogens. Microcon 2008 Oct.

6. Pal S, Juyal D, Adekhandi S, Sharma M, Prakash R, Sharma N, et al. Mobile phones: Reservoirs for the transmission of nosocomial pathogens. Adv Biomed Res 2015;4:144.
7. Usha Aurora, Pushpa Devi, Aarti Chadha. Cellphones a modern stayhouse for bacterial pathogens.jkscience.2009; Vol.11 N°3 July-September. www.jkscience.org
8. Leydi Soledad Delgado Cobos, Juan Elí Galarza Brito, Marco Antonio Heras Gárate. Contaminación Bacteriana y Resistencia Antibiótica En los Celulares Del Personal De Salud Médico Del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Ecuador Marzo 2012. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Uso del teléfono móvil para reducir la ansiedad de los familiares de pacientes de UCI

Marta María Esquinas-Jiménez¹
Patricia María Esquinas-Jiménez²
Antonio Manuel Sánchez-Álvarez³

¹⁻²Enfermera

³Enfermero

antonioviso2@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Unidades de Cuidados Intensivos, Teléfonos Celulares, Ansiedad

INTRODUCCIÓN

La visión holística que caracteriza los cuidados de enfermería nos lleva a plantearnos la pertinencia de integrar a la familia de los pacientes junto a éstos en el plan de cuidados¹. En UCI existen dificultades a la hora de determinar el papel que los familiares desempeñan en el proceso; lo que sí está claro es que atender sus necesidades puede repercutir de forma óptima en el paciente²⁻³.

Sin embargo, la estructura de dichas unidades y la organización del trabajo que en ellas se desempeña centra los cuidados, con bastante frecuencia, en su aspecto más técnico, dejando pasar a un segundo plano el aspecto psicosocial de los cuidados del paciente, y más aún el de sus familiares y allegados³.

Una de las necesidades que los familiares exponen imprescindible es la recepción de información, debiendo ser ésta veraz y comprensible, así como debiendo ser transmitida de forma correcta, en un ambiente adecuado². La realidad muestra, sin embargo, que la atención a la familia es uno de los grandes objetivos a lograr por los profesionales de UCIs²⁻³.

En un hospital sevillano se ha implantado la “Llamada tranquilizadora”. El enfermero del servicio lleva a cabo, cada mañana, una corta llamada mediante un teléfono móvil a los familiares de los pacientes ingresados en dicho servicio, con el objetivo de comunicarles cómo ha transcurrido la noche su familiar, así como para expresarle el estado actual de éste.

OBJETIVO

Conocer si la llamada telefónica a los familiares de manera rutinaria para informarles del estado del paciente disminuye el nivel de ansiedad, de familiares y pacientes de UCI, y si estos usuarios lo perciben como mejora en la calidad de nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se usa una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico. 3 enfermeros entrevistaron a 20 familiares de manera individual con preguntas diseñadas para este estudio.

Se realizó análisis de contenido.

Previamente se realizan búsquedas bibliográficas en bases de datos científicas (Pubmed, Scielo, Medline, Science Direct) para dar veracidad, relevancia y pertinencia a dicho trabajo dentro de un cuadro científico que cada vez cobra más envergadura. Pacientes y familiares refieren que, tras una información personalizada y detallada, se produce un control del nivel de ansiedad, y que esto influye de forma directa en el aumento de la calidad de la atención a los usuarios de UCIs.

El cuestionario que se utiliza en el trabajo de campo para obtener la información pertinente para el estudio constó de las siguientes cuestiones:

1. El hecho de que su familiar ingresara en UCI, unidad en la que el contacto paciente-familia está más limitado, ¿le produjo un aumento de la ansiedad, nerviosismo...?
2. Ese estado de ansiedad, nerviosismo... ¿aumentaba en las horas en las que no podía estar junto a su familiar por los horarios de visitas establecidos?
3. ¿Gracias a la "Llamada tranquilizadora" se redujo la ansiedad producida por el desconocimiento que causa el no estar con su familiar?
4. ¿Le pareció adecuado y comprensible el lenguaje empleado por parte del personal sanitario durante la "Llamada tranquilizadora"?
5. ¿Consideró suficiente y apropiada la información que se le proporcionó con la "Llamada tranquilizadora"?
6. ¿Qué beneficios considera que la "Llamada tranquilizadora" le aportó?
7. ¿Cree que estos beneficios contribuyeron a mejorar su bienestar emocional?
8. De ser así, ¿opina que ello pudo repercutir de manera favorable en el proceso de salud del paciente?
9. Bajo su punto de vista, ¿la "Llamada tranquilizadora" aumenta el nivel de calidad y profesionalidad del personal de la UCI?
10. ¿Cuál es su valoración de la "Llamada tranquilizadora",

- positiva o negativa?
11. Del 1 al 10 (siendo 1 el mínimo y 10 el máximo), ¿qué puntuación da a la “Llamada tranquilizadora”?
 12. ¿Considera adecuado implantar de forma sistemática la “Llamada tranquilizadora”?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Todos los familiares encontraron beneficiosa la llamada diaria que se les realizó desde la unidad. Decían sentirse bien informados, convirtiendo en inexistente la ansiedad ante el desconocimiento. En líneas generales señalaban que el lenguaje utilizado por los profesionales fue adecuado, fácilmente comprensible para ellos. Indicaron sentirse más cercanos a su familiar. Por el contrario, expresaron falta de información sobre cuidados que ellos mismos podían realizar a su ser querido en las visitas a éste dentro de la unidad.

La familia demanda información a los profesionales. La falta de ésta les produce mayor ansiedad. Quieren que se les informe de manera veraz, clara y frecuente. Cuando se lleva a cabo una llamada telefónica diaria para comunicar la evolución del paciente, los familiares se sienten más implicados en el proceso y disminuye su ansiedad. Enfermería, como profesional del cuidado que pasa más tiempo con los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, pueden incluir la citada llamada telefónica entre sus tareas de cuidado a la familia.

CONCLUSIONES

Tras analizar de forma cualitativa los datos que se obtienen de las entrevistas se destaca que la “Llamada tranquilizadora” a los familiares de pacientes por parte del profesional enfermero de UCI consigue reducir el nivel de ansiedad de los mismos, así como de los propios pacientes. La totalidad de los encuestados refirieron la eficacia de ésta en el control de la ansiedad.

Se considera, por tanto, oportuno y pertinente indicar que “La llamada tranquilizadora” debe imponerse dentro de la rutina diaria de trabajo de todas las UCIs, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia y la excelencia profesional del trabajo de la enfermería en este ámbito hospitalario.

REFERENCIAS

1. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. J Clin Nurs.2002;11:140---8.
2. Pardavila Bello MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura.

Enferm Intensiva. 2012; 23(2):51-67.

3. Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Enferm Intensiva. 2010;21(1):11-19.

El uso de los Telecuidados ¿beneficios o perjuicios?

Manuel, Quintana Palmeira¹
Ana Isabel, Santiago Quejido²
Amalia Aurora, Alfonso Martín³

¹DUE y TCAE
²⁻³TCAE

mquintanapalmeira@hotmail.co

PALABRAS CLAVE: Teleasistencia, Dependencia, Telemedicina, Salud, Usuarios.

INTRODUCCIÓN

Los telecuidados multiplican la accesibilidad y disminuyen los costes, sin que hasta el momento se hayan publicado efectos adversos de esta intervención. Esta mediación figura como una de las centrales que puede desarrollar la Enfermera Coordinadora de Atención Domiciliaria.

OBJETIVOS

- Presencia continuada las 24 horas de una persona de soporte.
- Seguimiento mínimo de una vez a la semana de pacientes crónicos.
- Resolución de problemas y mediación para activar otros recursos de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este estudio se utilizó un diseño descriptivo-observacional transversal o de prevalencia. En este tipo de estudios no existe posibilidad de contrastar hipótesis, porque son estudios sin secuencia temporal, por este motivo no tendremos hipótesis de trabajo, siendo nuestro objetivo generarla para posibles estudios en el futuro.

Nuestros sujetos de investigación son: La población asidua al Hospital de día y a los servicios de Hospitalización del H. V. D. Al realizarse el estudio sobre un colectivo tan concreto y pequeño en número, no hemos realizado ninguna técnica de muestreo, trabajando con población completa. De esta manera los resultados obtenidos no serán generalizables al resto de la población. En total la población la componen 65 sujetos de los cuales 17 son hombres y 48 mujeres. Datos suministrados por la secretaria del hospital de día. Previo a la realización del estudio se solicitó consentimiento formal de los familiares o del propio paciente en la participación del mismo. Distribuyéndose los correspondientes

cuestionarios con respuestas cerradas; además de una entrevista personal con el enfermo y sus familiares para valorar si el paciente cumple con los requisitos. Aprovechando también su visita para, valorar su satisfacción con el servicio prestado por Teleasistencia.

RESULTADOS

Aún los resultados son muy provisionales, sin permitirnos conocer su impacto en la utilización de servicios de urgencias, y siendo su uso muy limitado por algunos pacientes que antes de realizar una llamada para solucionar el problema prefiere asistir a un centro sanitario de urgencias, pero sí se puede decir que hay una reducción en el uso de servicios médicos generalistas en horario de guardia.

CONCLUSIONES

Mediante encuesta a los usuarios del servicio, obtenemos una alta satisfacción de los mismos, informando acerca de la utilidad de los consejos recibidos por las enfermeras o médicos, resaltando como dato de especial interés, el comentario de una gran mayoría de encuestados (89%) de que hubiesen hecho uso de otro servicio de salud o urgencias en caso de no tener servicio de Teleasistencia, llegando a la conclusión de que los encuestados confirmaron que era un servicio útil y eficiente y que las enfermeras/médicos, tenían suficiente competencia al ofrecer información extensa y relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.index-f.com/DOCUMENTOS_EBE/cuidenevidencia/42ARTICULO44-48.PDF
2. http://www.academia.edu/2036878/Las_l%C3%B3gicas_del_telecuidado_La_fabricaci%C3%B3n_de_la_autonom%C3%ADa_conectada_en_la_teleasistencia_para_personas_mayores
3. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0230.pdf>
4. <http://telesaludandreantuan.blogspot.com.es/2008/11/telecuidados.html>

Violencia de género en adolescentes a través de las redes sociales

Ana Cebrero-Rodríguez¹
Almudena Arroyo-
Rodríguez² Dolores
Torres-Enamorado² Isabel
M^a Calvo-Cabrera²

¹*Alumna de Grado en Enfermería Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (CUESJD). Universidad de Sevilla.*

²*Profesoras del CUESJD. Universidad de Sevilla.*

ana.cebrero17@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Violencia contra la mujer, Violencia de género, Red Social, Adolescente

INTRODUCCIÓN

En el curso académico 2015/16 nace, como parte de las competencias del “Semillero José Bueno O.H.”, la iniciativa de desarrollar un programa de prevención de la violencia de género ligado a la adolescencia en los municipios del Aljarafe (Sevilla). Se trata de un proyecto que quiere abarcar esta problemática social desde distintos ángulos. Entre ellos “La Violencia de Género en la Adolescencia Relacionada con los Redes Sociales”.

OBJETIVOS

Revisar la bibliografía existente sobre la violencia de género en la adolescencia a través de las redes sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de revisión de la literatura, fase inicial para la realización de un programa de promoción de la salud relacionado con el mal uso de las redes sociales en los adolescentes. Se han seleccionado los descriptores más convenientes, se han consultado distintas bases de datos como SciELO, LILACS, MEDLINE, CUIDEN y CINAHL; sólo se han obtenido artículos que cumplan los criterios de inclusión en las dos primeras bases de datos mencionadas. Además se ha consultado el Instituto Nacional de Estadística, artículos de periódicos nacionales, vídeos de YouTube, así como películas y canciones cuyo mensaje trascienden la juventud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

DEFINICIONES DE CONCEPTOS CLAVE

La Asamblea General de las Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como un atentado contra los derechos humanos (1979). Años más tarde, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), profundiza más en esta definición y establece en la declaración sobre la violencia contra la mujer de 1991, que es *<<Todo acto, omisión, conducta dominante o amenaza que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico, incluida la coerción o la privación arbitraria de la libertad de la mujer, que ocurra en la vía pública o en la vida privada>>*. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara en 1996, que la violencia de género es un problema de salud pública (1,2).

Con el desarrollo tecnológico y la aparición de las redes sociales, surge una nueva forma de violencia. Bueno de Mata define en 2013 la E-violencia de género como una violencia psicológica dirigida hacia la mujer, por aquel con quien comparta o haya mantenido una relación sentimental y/o afectiva, que es ejercida mediante cualquier tipo de acoso, violación de la privacidad o intimidación cibernética (2).

Algunos términos que vamos a desarrollar para una mejor comprensión de esta problemática social son los siguientes:

- Sexting.- Conductas de producción o consentimiento de videos e imágenes digitales de carácter sexual y el envío a otras personas.
- Stalking.- Persecución constante a una persona por medio de las TICs en contra de su voluntad.
- Cyberbullying/Ciber-acoso.- Acoso verbal y escrito en la red.
- Bystanders.- Aquellos que observan o participan indirectamente en el cyberbullying.
- Triángulos de Cyberbullying.- Formado por 3 grupos, acosadores, víctimas y observadores (2,3).

EPIDEMIOLOGÍA

En España las personas que más utilizan internet son los jóvenes de entre 14 y 26 años. La utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), así como las redes sociales que éstas implican se ha visto aumentado en los últimos años; un 88% de los adolescentes son consumidores de internet y el 78% de los menores de 12 años refieren tener teléfono móvil, (este porcentaje aumenta conforme lo hace la edad) (2).

Los últimos estudios refieren que el 95% de los jóvenes hace un

uso diario de internet, y un 83% de las redes sociales. Además, un 74'3% de ellos, tienen acceso desde la "privacidad" de sus dormitorios, lugar desde el que no pueden ser supervisados por sus progenitores (2,4).

Actualmente, con estos datos, podríamos afirmar que los jóvenes viven en cierto modo a través de estas redes sociales, mensajes de texto, video llamadas o chats, en los que se encuentran permanentemente conectados como sería el caso de la aplicación de *Whatsapp*.

Encontramos una realidad donde los adolescentes sienten, sueñan, se comunican, discuten, comparten su vida personal mediante fotos conjuntas y dedicadas, el estado sentimental y emocional, las vivencias y las intimidades de la familia y la pareja. Además, es desde donde asientan sus relaciones sociales, todo a través de una pantalla (3,4).

Asimismo, y estrechamente relacionado con el tema a tratar encontramos estos datos recogidos en las Encuestas sobre Violencia Doméstica y Violencia de Género (2004), en Andalucía.

	DENUNCIADOS	VICTIMAS
Menores de 18 años	15	142
Entre 18-24 años	667	981

Podemos comprobar cómo el número de denunciados por violencia de género y doméstica en el rango de edad de la adolescencia es mucho menor al número de víctimas registradas (5,6).

PRINCIPALES MITOS E IDEAS ERRÓNEAS EN PAREJAS JÓVENES

Eterna Juventud

Los adultos consideran que la adolescencia es una etapa en la vida de la persona relativamente sencilla, a menudo olvidan los problemas que entrañó para ellos, ya que los conflictos que en su día fueron muy importantes, ahora los ven desde otra perspectiva.

En la actualidad, la adolescencia se ha convertido en un periodo de mayor complejidad. La niñez acaba antes y los jóvenes empiezan con una mayor prontitud a asumir comportamientos y conductas propias de adultos, sin embargo este cambio no implica una mayor madurez, ni equilibrio emocional. La adolescencia se ha convertido en una etapa más larga a la que se han sumado nuevos riesgos y vulnerabilidades, en una sociedad donde la violencia tiene cada vez una mayor presencia y les alcanza antes.

Amor Romántico. Cuando Querer No Es Amar

En la adolescencia es cuando comienzan las primeras relaciones de pareja, los primeros enamoramientos, suele darse de manera muy intensa “El Mito del Amor Romántico”. Este mito consiste en ver el amor desde un punto de vista en el cual todo lo puede, y viene reforzado por la sociedad a través de películas que ven los niños y niñas desde pequeños (Blancanieves, La Cenicienta o La Bella Durmiente), canciones que se escuchan en la radio y discotecas y cuyos mensajes los jóvenes interiorizan (“Yo te esperaré” Cali & El Dandee o “Love the way you lie” Eminem y Rihanna) y programas de televisión denominados como “rosa” (“Mujeres Hombres y Viceversa”).

Se produce una idealización del amor donde todo vale, donde todo es tan intenso que no importa nada más y hay que luchar por ello, aunque hiera y duela, hay que aguantar. Se convierte entonces en una dependencia emocional nociva. Donde se espera que la otra persona cubra las necesidades que no puede conseguir la persona por sí misma, como sería la independencia emocional, la felicidad, la protección o la seguridad (1).

Algunas de estas ideas erróneas son (1,4):

1. Un amor que todo lo puede. - “Me trata mal pero yo le quiero” o “Por amor...”.
2. Identificación del amor con los celos. - “Si tiene celos es porque me quiere”.
3. Obligación de contarle TODO. - “Si me quiere me tiene que decir todo lo que hace” o “Tienes que contarme todo sobre tus relaciones anteriores”.
4. Si me quisiera debería hacer todo lo que yo quiero. - “Si me quisieras no te vestirías así” o “Si me quisieras no hablarías con ningún otro”.
5. Pensar que no le va a pasar una misma, creyéndose más lista que las demás.
6. Creencia de que la violencia de género no se da en la juventud actual.
7. Creencia de que los malos tratos son solamente físicos.

NORMALIZACIÓN DEL CONTROL Y LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Como hemos podido comprobar anteriormente las nuevas tecnologías cambia la forma en la que los jóvenes viven actualmente, sienten e incluso resuelven sus problemas. La tecnología permite conocer la ubicación de la persona, qué hace, con quién habla, y sirve de enlace para asentar ilusiones, desengaños, celos, un control excesivo, acoso, humillación y malos tratos.

Las nuevas tecnologías se han convertido en la antesala de la violencia de género. A través de ellas se ha establecido una relación de dominio y violencia psicológica en el noviazgo.

La sociedad no quiere ver la realidad. Usan la negación para quitar importancia a esta problemática social, también cabe resaltar la habitualidad (“Todos los chicos lo hacen (...) es que ellos son así”) y distintas explicaciones para justificar el exceso control y acoso. Aunque el principal argumento sigue siendo la idealización del amor, el cual está relacionado con el sufrimiento y el esfuerzo.

Además, existe una diferencia abismal relaciona con la necesidad de poner límites entre chicos y chicas. Ellos consideran muy importante éste hecho y lo ponen en práctica, mientras que ellas no. Esto puede llevarlas a confundir el control con el amor, como hemos visto anteriormente (4).

7 CATEGORÍAS DE WILLARD DE VIOLENCIA VERBAL Y ESCRITA REFERIDAS A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

La violencia verbal y escrita conlleva unas características únicas que le aportan las nuevas tecnologías, como son la invisibilidad o anonimato (no se realiza cara a cara); tiempo y espacio (con total libertad de movilidad y de hora); imperecedero (es permanente en la red); rapidez y comodidad; el tamaño y la fuerza física son irrelevantes para el agresor y para el agredido.

Además, Willard (2004) distingue siete categorías distintas de violencia verbal y escrita referidas a las nuevas tecnologías (2):

Flaming: Expedición de mensajes vulgares y/o que manifiestan enfado sobre una persona, hacía grupo online de individuos o a una persona en concreto, mediante el uso correos electrónicos, redes sociales, chats o SMS.

Acoso online: Envío periódico y reiterado de mensajes ofensivos vía email, redes sociales, chats o SMS a una persona.

Cyberstalking: Acoso en la red que incluye amenazas agraviantes o un exceso de intimidación.

Denigración: Expedición de mensajes perjudiciales, falsos y afirmaciones crueles referidas de una individuo a otros o comentarios en sitios web.

Suplantación de la persona: Una persona o grupo de ellas (agresor/es) se hace/n pasar por la víctima, para enviar o colgar archivos de texto, video o imágenes que atenten contra el agredido.

Outing: Expedición de mensajes o material a cerca de un individuo, que contenga información sensible, íntima o embarazosa, incluso conversaciones privadas y/o imágenes.

Exclusión: Expulsión de un individuo de forma cruel de un grupo online.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PAREJAS ADOLESCENTES

La sociedad actual presenta una realidad marcada por un aumento de la violencia de género debido al mal uso y abuso de las redes sociales. Los jóvenes acceden a las redes sociales a través de sus ordenadores, normalmente en sus dormitorios y sin supervisión de los padres, a continuación, se exponen los siguientes datos:

	Varones	Mujeres
Conversa con sus padres:		
Frecuentemente	27'8%	43'8%
Nunca	72'2%	56'2%
Padres conocen que hacen en el tiempo libre:		
Frecuentemente	59'9%	66'3%
Nunca	40'1%	33'7%
Horas en Internet y redes sociales:		
≥ 2 horas diarias	57'7%	57'4%
No informado	43'3%	42'6%

Como podemos comprobar la mayoría de los adolescentes no mantienen una relación de comunicación abierta con sus padres, quienes raramente conocen que hacen sus hijos en su tiempo libre. Además, la mayoría de ellos pasan más de 2 horas diarias en la red.

Esta falta de supervisión, sedentarismo y acceso a contenidos que muchas veces es inapropiado para la edad de los jóvenes, son las fuentes de información y los principales condicionantes en el desarrollo de la violencia de género en la adolescencia.

Para evitarlo o disminuir los efectos debemos educar tanto a padres como a jóvenes, desmitificar todas las ideas erróneas que tiene asumidas y para llevarlo a cabo debemos comenzar desde la infancia y continuarla durante toda la adolescencia hasta que lleguen a su madurez física y emocional (2,4,7).

CONCLUSIÓN

La violencia de género en las redes sociales se ha convertido en una aterradora realidad. La falta de información sobre este tipo de agresiones en línea, la difusión por parte de los medios de

comunicación y los mensajes subliminales en canciones de moda y películas, pone de manifiesto la necesidad de iniciar programas de salud tempranos que prevengan la aparición de la violencia de género entre las parejas adolescentes.

REFERENCIAS

1. Gállico Estévez, F. Libro SOS Mi chico me pega pero yo le quiero: Cómo ayudar a una chica joven que sufre malos tratos en la pareja. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2009.
2. Tarriño Concejero, L; García-Carpintero Muñoz, MA. Aportaciones a la investigación sobre Mujeres y Género: Adolescentes y violencia de género en las redes sociales. I + G. 2014 p.426-439.
3. Di Lorenzo, M. Nuevas formas de violencia entre pares: del bullying al cyberbullying Rev Méd Urug [Internet]. 2012 [acceso: 21/03/2016]; 28(1): 48-53. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2012v1/art7.pdf>
4. Estébanez, I. Del amor al control a golpe de click. La violencia de género en las redes sociales. En: Jornada de Sensibilización sobre Violencia de Género. Lanzarote. 2012. Jornadas de igualdad "Que no te ciegue el maltrato". Portugaleta. 2012.
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Denunciados (con adopción de orden de protección o medidas cautelares) según grupo de edad [Internet]. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad [actualizada 2014; acceso 23 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p468/p01/a2014/10/&file=02004.px&type=pcaxis>
6. Instituto Nacional de Estadísticas. Víctimas (con orden de protección o medidas cautelares) según grupo de edad [Internet]. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad [actualizada 2014; acceso 23 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p468/p01/a2014/10/&file=02001.px&type=pcaxis>
7. Reis DC, Almeida TAC, Miranda MM, Alves RH, Madeira AMF. Vulnerabilidades a la salud en la adolescencia: condiciones socioeconómicas, redes sociales, drogas y violencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso: 21/03/2016]; 21(2): [09 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf
8. Azpiroz, E. Silva, I. Aspectos psicosociales en la violencia juvenil. 1º ed. Madrid: Instituto de la Juventud. Consejería Técnica de Planificación y Evaluación. Servicios de

Estudios y Documentación; 2003.

9. García Mundi, C. Las redes sociales son la nueva forma de ejercer violencia de género. Público. 5 de julio de 2015; Política.
10. Altell Albajes, G. La desigualdad entre hombres y mujeres y los estereotipos en relación al género siguen muy vigentes en las nuevas generaciones. El Diario. 11 de noviembre de 2015.
11. Cebrero Rodríguez, A. Amor en tiempos tecnológicos. El País. 11 de septiembre de 2015; Cartas al director.
12. Flores Sarabia, O. Apaguemos la violencia. (video). México; 21 junio 2017. (Consultado 22 abril 2016). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=dqiSOdHlgkl>

Recursos digitales y salud mental.

Trinidad Jarana-Díaz¹

Olena Petryshyna²

Enfermera¹

*EIR Salud Mental, Hospital Universitario V.
Valme. Sevilla²*

tjaranadiaz@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Mental Health (MeSH), Mobile App (MeSH), Health Behavior (MeSH).

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones sobre interacción de tecnología y salud mental demuestran que la utilización de aplicaciones móviles ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas. Los estudios también revelan que se pueden aplicar en la mayoría de las principales áreas de atención de salud mental, prevención, atención primaria y especializada. La principal ventaja de las aplicaciones es que pueden ser utilizadas en cualquier momento, lugar y las 24 horas al día.

OBJETIVO

Identificar el impacto que producen las nuevas tecnologías en los pacientes de salud mental e identificar los potenciales usos de estas por el personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cinahl y Cuiden. La búsqueda incluye los términos "Enfermería de Salud Mental" (Psychiatric Nursing) y "Aplicaciones Móviles" (Mobile App) , utilizando los términos Mesh. Sobre el número inicial de artículos obtenido se aplican los criterios de inclusión: Disponibilidad de texto completo, idioma inglés o español; y criterios de exclusión: Imposibilidad de acceder al texto completo, escasa relevancia para el estudio.

Tras una lectura de resúmenes se seleccionan las referencias con el contenido más ajustado para responder a los objetivos planteados y se procede a su revisión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los estudios revelan el beneficio de la utilización de aplicaciones móviles por parte de los pacientes. El uso de estos recursos aumenta la motivación a la adherencia al tratamiento, facilita la continuidad de los cuidados y mejora el seguimiento de los pacientes por parte de los profesionales de la salud mental.^{1,2} Estas herramientas pueden ser usadas para el autorregistro (estados de ánimo, patrones del sueño, medicación, etc), como apoyo para la creación y mantenimiento de hábitos saludables, o para el aprendizaje de actividades beneficiosas para el paciente (meditación, ejercicios de respiración).

Pueden mejorar la atención a pacientes con enfermedades crónicas, tales como esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria.³ Están diseñadas para que su uso sea intuitivo y están disponibles para cualquier persona que posea un Smartphone, lo que facilita su accesibilidad y utilización, aumentando la frecuencia de este.¹

Este tipo de herramientas pueden aplicarse en la mayoría de las principales áreas de atención de salud mental, prevención, atención primaria y especializada.³

Los estudios revelan su utilidad en facilitar la transición entre las intervenciones realizadas por el equipo de profesionales de salud y su aplicación a la vida diaria de los pacientes, mejorando la monitorización o la creación de hábitos.¹ Como ya hemos visto, su utilización constante puede generar en el paciente mejor adherencia y la adquisición de un papel activo en el manejo de su salud.

Sin embargo, a pesar de los prometedores resultados obtenidos en la aplicación de esta tecnología en la promoción de la salud mental, el número de estudios e investigaciones al respecto es aún bajo. En la actualidad existe un gran número de aplicaciones dedicadas a este propósito, pero aun no existen guías estandarizadas que ayuden a su creación o las regulen.¹

Por esta razón, es necesario recoger datos y llevar a cabo estudios para mejorar las aplicaciones disponibles y elaborar otras nuevas, de forma que podamos seguir proveyendo a los pacientes con nuevas herramientas y recursos.² Para esto es necesario el papel de los profesionales de la salud, y concretamente de los profesionales de enfermería, en su función educadora.

Por una parte, pueden poner a los pacientes en conocimiento de esta tecnología para que la utilicen y se beneficien de todas las ventajas derivadas de su uso; orientándoles sobre cuáles son las opciones disponibles y las mejores elecciones dentro de estas. Por otro lado, pueden recoger las opiniones de los pacientes

sobre estas herramientas, actualizando su conocimiento sobre el tema y pudiendo proporcionar datos sobre su utilización a futuros estudios.⁴ Enfermería dispondría de un campo muy interesante de trabajo, en el que podría utilizar los datos recogidos para elaborar estudios sobre el impacto de los recursos digitales en estos pacientes.^{5,6}

De esta forma todas estas herramientas podrían ir cambiando y adaptándose a las necesidades y demandas que se descubran.² Es interesante también valorar la colaboración con otras ramas profesionales, como la psicología, con el objetivo de compartir la información y generar nuevos conocimientos^{4,5}, lo que beneficiaría a ambas profesiones y enriquecería la especialidad de enfermería de Salud Mental.

Se abren así varias líneas para futuras investigaciones de enfermería basadas en las aplicaciones y la promoción de la salud mental.

CONCLUSIONES

El uso de las aplicaciones móviles proporciona a los pacientes nuevas herramientas de fácil acceso y utilización para la autogestión de su salud. Su uso es potencialmente beneficioso para los profesionales de enfermería de salud mental, pudiendo ayudar en su práctica clínica de distintas formas. Además, pueden ayudar a la difusión de estas herramientas y a la recolección de información para su constante mejora.

Las ventajas que proporcionan las aplicaciones como herramienta son especialmente importantes para este tipo de pacientes. Los trastornos mentales aún siguen muy estigmatizados en la sociedad, y por norma general las personas que los padecen tardan más en buscar tratamiento o consultar con un especialista que pueda orientarles. El acceso a través de estas herramientas a información fiable, ejercicios, formas de autorregistro, e incluso contacto con personas en situación similar, hacen que sean de gran utilidad a estos pacientes, que puede que no pudieran o no supieran acceder a estos recursos de otra forma.

Además, el hecho de que puedan utilizarse a través del Smartphone añade unas ventajas sustanciales: la privacidad del dispositivo y su uso habitual en la vida diaria, lo que normaliza la utilización y facilita que los pacientes no se sientan diferentes al resto.

Nos encontramos ante una herramienta muy valiosa tanto para los usuarios como para los profesionales, y que está dando resultados prometedores. Enfermería tiene la oportunidad de involucrarse y aportar mucho a este nuevo campo, enriqueciendo la profesión en el proceso, especialmente la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bakker D, Kazantzis N, Rickwood D, Rickard N. Mental Health Smartphone Apps: Review and Evidence-Based Recommendations for Future Developments. JMIR Ment Health [revista en Internet] 2016 marzo [acceso 26 de febrero 2016]; 3(1). Disponible en: <http://mental.jmir.org/2016/1/e7/>
2. Forchuk C, Reiss JP, O'Regan T, Ethridge P, Donelle L, Rudnik A. Client perceptions of the mental health engagement network: a qualitative analysis of an electronic personal health record. BMC Psychiatry [revista en Internet] 2015 octubre [acceso 26 de febrero 2016]; 15(250). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0614-7>.
3. Cuijpers P, Riper H. Internet interventions for depressive disorders. Revista de psicopatología y psicología clínica [revista en Internet] 2014 [acceso 28 de febrero 2016]; 19(3). [pág 209- 216]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/389382>.
4. Hollis C, Morris R, Martin J, Amani S, Cotton R, Denis M et al. Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. Br J Psychiatry [revista en Internet] 2015 abril [acceso 28 de febrero 2016]; 206(4). [pág 263-265].
5. East ML, Havard BC. Mental Health Mobile Apps: From Infusion to Diffusion in the Mental Health Social System. JMIR Ment Health [revista en Internet] 2015 marzo [acceso 2 de marzo 2016]; 2(1). Disponible en: <http://mental.jmir.org/2015/1/e10/>
6. Payne HE, Lister C, West JH, Bernhard JM. Behavioral functionality of mobile apps in health interventions: a systematic review of the literature. JMIR mHealth uHealth [revista en Internet] 2015 febrero [acceso 2 de marzo 2016]; 3(1). Disponible en: <http://mhealth.jmir.org/2015/1/e20/>.

Manejo de las tecnologías para promocionar la salud: opiniones de profesionales de enfermería.

David Fernández-Gómez¹
María del Rocío Abreu-
Rubiño² Pedro Ordóñez-
López³

*Enfermero de Hospital Universitario Miguel
Servet¹ Enfermera de Hospital Nuestra
Señora de Gracia² Enfermero de Hospitales
Universitarios Virgen del Rocío³*

davidfdezgamez@gmail.com

PALABRAS CLAVE: HealthEducation, Social Media, Nursing.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) son herramientas que pueden usarse como vías de promoción de estilos de vida saludables e innovación en los Sistemas de Salud¹. El uso de internet y de la Web 2.0 está cada día más extendido entre profesionales y usuarios del Sistema Sanitario. En nuestro país el uso tanto de las comunidades online como de los blogs y de las redes sociales, están cada día más asentadas entre la población general².

Actualmente, existe una interrelación entre la estructura social y las tecnologías, facilitando la transición de Sistemas de Salud de la era industrial a Sistemas de Salud de la era de la información³. Respecto al uso de los dispositivos tecnológicos, el 88,2% de la sociedad española usa el móvil habitualmente, es decir 34,3 millones de usuarios activos, un acceso que no deja de aumentar estando en el 66% el porcentaje de la población española que utiliza regularmente Internet al menos una vez por semana.⁴ Debido al creciente interés de los pacientes por las nuevas tecnologías y por su salud, el rol de los usuarios es cada vez más activo en la toma de decisiones, dejando de ser meros receptores de cuidados⁵. Estos usuarios tienen la posibilidad de descargar y usar más de 40.000 aplicaciones de Salud y Medicina, según el último estudio del Institute for Healthcare Informatics (IMS)⁶. Dentro de estas aplicaciones, se encuentran recursos tecnológicos como las Redes Sociales y los Blogs, medios de comunicación que dan amplia difusión a campañas de promoción de la salud⁷.

Estas TIC evolucionan hacia una personalización de los cuidados, a la vez que permiten a la Administración convertirse en un agente dinamizador del desarrollo de Programas de Salud en la actual Sociedad de la Información y Conocimiento⁸. A través de esta Web 2.0 los profesionales de Enfermería pueden promocionar la salud en grupos de pacientes de forma síncrona y asíncrona, supliendo las limitaciones de espacio y tiempo⁹. En este sentido, la divulgación de información y aprendizaje de los pacientes a través de TIC ha demostrado ser beneficioso y efectivo¹⁰. La Enfermería, como parte del Sistema Sanitario vive el mismo proceso tecnológico por lo que debe ser garante de la sostenibilidad del sistema, y un buen camino son los procesos innovadores de bajo coste para las organizaciones sanitarias. Una de las líneas de intervención de Enfermería en el uso sociosanitario de las TIC es la autogestión y autocuidado del paciente. Desde el punto de vista de los profesionales, internet y las TIC permiten incorporar una serie de aplicaciones que facilitan la participación, colaboración, interacción, aprendizaje, comunicación, visibilidad, etc. Estas herramientas están cambiando la comunicación entre los profesionales, las personas que cuidamos y los proveedores de servicios¹¹. Junto a estas ventajas de las TIC, se añaden la accesibilidad, usabilidad y carácter informal. Enfermería tiene la oportunidad de capacitar a determinados pacientes a manejar su propio cuidado de forma proactiva mediante el aumento de la conciencia y la capacidad de atención preventiva¹². Además de las ventajas mencionadas, las TIC en el ámbito de la Salud generan un ahorro de costes, permiten llevar la asistencia a zonas aisladas o con escasez de recursos, mejoran la gestión de la información, fomentan el autocuidado disminuyendo el número de desplazamientos y pruebas diagnósticas, y facilitan la coordinación entre pacientes y diferentes recursos sanitarios¹³.

El objetivo del presente estudio es analizar la opinión y el uso de TIC en la promoción de la salud por parte de profesionales de Enfermería.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal¹² en una Red Social de perfil profesional. La muestra fue intencionada y estuvo conformada por cincuenta profesionales de Enfermería. Se realizó un cuestionario de elaboración propia. El instrumento de medición quedó integrado por siete ítems y las opciones de respuesta de verificación positiva (Sí) o negativa (No). Además, sólo quien verificara positivamente el ítem 7, tenía opción a responder al ítem 8 de respuesta múltiple (Redes Sociales, Chat, Foros, Blog, Plataformas de teleformación, Bases de datos). La recogida de datos se realizó en un software de gestión de encuestas, de manera autoadministrada en febrero de 2016.

Los ítems son los siguientes: 1. Conoce el significado de la web 2.0. 2. Tiene formación acreditada en el uso de TIC. 3. Usa frecuentemente TIC a nivel personal. 4. Enseña al paciente a usar la TIC antes de usarla. 5. Piensa que es importante el uso de TIC en la educación para la salud para promocionar estilos de vida saludables. 6. Conoce alguna experiencia exitosa de aplicación de TIC en la promoción de la Salud. 7. A nivel profesional usa las TIC para promocionar la salud en pacientes. 8. Si has respondido Sí al ítem anterior, selecciona las TIC que usas para promocionar estilos de vida saludable en pacientes.

RESULTADOS

En la muestra de estudio (N=50) la mayoría trabaja en Atención Especializada: 20 (41,%); han finalizado sus estudios en 2015: 17 (34%). Respecto al sexo, son mujeres: 41 (82%).

En los resultados obtenidos ningún participante ha dejado ningún ítem sin contestar. Se ha obtenido verificación positiva (Sí) en los ítem 3: 45 (92%); ítem 4: 33 (66%); ítem 5: 49 98%); ítem 6: 29 (58%). La verificación negativa (No) ha predominado en los ítems 1: 28 (72%); ítem 2: 36 (72%); ítem 7: 36 (72%). Respecto al ítem 8, las TIC más usadas para promocionar estilos de vida saludables son las Redes Sociales (48,4%), seguidas de Bases de datos (22,6%), Plataformas de teleformación (12,9%), Blog (9,7%), Foros (3,2%) y Chat (3,2%).

CONCLUSIONES

Como conclusión, decir que el uso personal de TIC en profesionales de Enfermería es generalizado, pero el uso profesional es limitado. Esto se da, entre otros motivos, por el déficit de formación en el uso de TIC a nivel profesional, y el desconocimiento de experiencias profesionales cuya metodología incluya el uso de TIC. La evolución del Sistema Sanitario apunta a una medicina proactiva, con un usuario más activo e informado, centrado en la prevención y el cuidado de su enfermedad, lo que ayuda a plantear nuevos modelos de organización del trabajo en Atención Primaria y Especializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estévez F. Comunidades web como herramienta de educación para la salud y prevención de enfermedades. RevEspCom Sal. 2010; 1(1).
2. Vellido D, Nieto RM, Carrión A, Núñez C, Martínez MT, Fernández, L. Innovación y su salud participativa. El papel de la enfermería en la elaboración del Manifiesto de Abla 2010. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2011 [citado 10 marzo 2016]; 11. Disponible en: <http://www.index->

- f.com/para/n11-12/131p.php
3. European Commission. Working Document. Health and Ageing in the Knowledge Society: Employment, Social cohesion and e-Health Potential. [Internet]. 2006 [citado 2 marzo 2016];
 4. Observatorio Nacional de las telecomunicaciones y de la SI. Indicadores destacados de la Sociedad de la Información. [Internet]. 2014 [citado 2 marzo 2016];
 5. Vidal M., Concepción, CM. Herramientas para el trabajo colaborativo o sistemas de gestión de contenido. Educación Médica Superior. 2008; 22(3).
 6. Patient Apps for Improved Healthcare: from novelty to mainstream. IMS Institute for Healthcare Informatics. [Internet]. 2013 [citado 24 febrero 2016] Disponible en: <http://www.imshealth.com>
 7. Carrillo, G., Chaparro, L., Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. Ciencia y Enfermería. 2011; XVII(3).
 8. Fernández, MI. La nueva e-obstetricia. Matronas Prof.[Internet]. 2015 [citado 24 febrero 2016];16(2):69-75. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19515/173/la-nueva-e-obstetricia>
 9. González, C., Vázquez, M., Pérez, I., Merino, M., Rabanal, S., Bayón, P. Blog materno- infantil: una herramienta de Educación para la Salud. Rev Paraninfo Digital. 2014; VIII(20).
 10. Gallagher, J., O'Donoghue, J., Car, J. Managing immune diseases in the smartphone era: how have apps impacted disease management and their future?. April 2015, Vol. 11(4): 431-433.
 11. Ramos, AJ., Fernández, S. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los Cuidados de Enfermería. Evidentia.[Internet]. 2011 abr-jun [citado 20 febrero 2016];8(34). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n34/ev3400.php
 12. Aguilera, M., Ruíz, G., Utrera, E. ¿Pueden las aplicaciones móviles transformar el cuidado de la salud? Rev Paraninfo Digital. 2015; IX(22).
 13. Reutskaja, E., Ribera, J. Gestión remota de pacientes. Un estudio sobre las percepciones de pacientes y profesionales en España. Barcelona: IESSE-Telefónica. [Internet]. 2013 [citado 20 de febrero 2016]; Disponible en <http://www.iese.edu/research/pdfs/ESTUDIO-305.pdf>
 14. Polit DF, Hungler BP. 2000. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. McGraw- Hill Interamericana. México.

Internet: adicción enfermiza

Ana Isabel, Santiago Quejido¹

Manuel, Quintana Palmeira²

Amalia Aurora, Alfonso

Martín³

TCAE1Y

3 TCAE

Y DUE 2

asquejido74@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Redes sociales de internet (RSI), adicción psicológica, trastornos de conducta, tratamiento conductual-cognitivo, estudio de caso.

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores problemas de la actualidad es uso excesivo de internet Las principales señales de alarma y de adicción son:

- Privarse de sueño (<5 horas) para conectarse a la red
- Descuidar actividades como: contacto con la familia, relaciones sociales, estudio e higiene
- Pensar en la red constantemente, irritarse cuando la conexión falla o es lenta
- Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego
- Conectarse al ordenador nada más llegar a casa, nada más levantarse y antes de acostarse, configuran el perfil de un adicto a Internet

OBJETIVOS

- Establecer tiempos para el uso del dispositivo que permite la conexión a las RSI, no más de 1,5-2 horas diarias
- Supervisar los contenidos a los que accede el hijo, y situar el ordenador en lugares comunes
- Potenciar aficiones como la lectura, el cine, el deporte, etc.
- Estimular la comunicación y el diálogo en la propia familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Entrevista a usuarios de redes sociales, saber su edad, puesto trabajo, área geográfica, uso destinado a la red, si tiene teléfono móvil con acceso a internet, ordenador propio y tiempo que dedican a las redes sociales.

Saber si la conexión es por tema profesional o por distracción, tipo de páginas que visita, al igual que saber cuántas páginas de redes sociales conocen y cuáles son las más populares.

Para la obtención de los datos se utilizaron encuestas realizadas a la salida de los Colegios de Primaria, Secundaria, y en el Centro de Atención Primaria de la localidad donde se realizó el estudio.

En Centros de Primaria, los entrevistados fueron los niños de entre 11-12 años, mientras que en Secundaria el abanico pudo ser más amplio, llegando a los 17-18 años.

En el centro de Atención Primaria, la edad fue muy variada desde los 20 años hasta los 65-70 años.

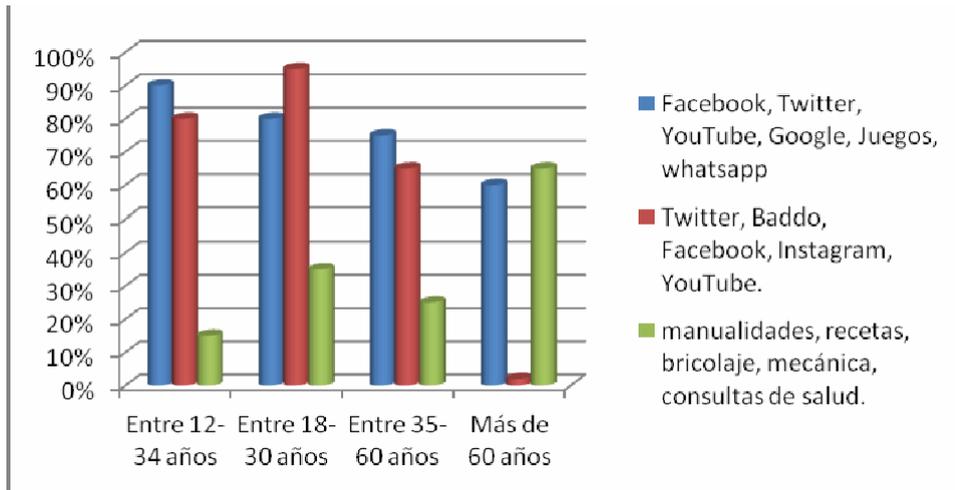
Una vez realizado el recuento de los datos de las encuestas realizadas obtuvimos los resultados citados a continuación.

RESULTADOS

Entre los 12 y los 34 años de edad, utilizan Facebook, Twitter, YouTube, Google, Whatsapp y juegos varios.

Entre 18 y 30 años, utilizan Twitter, Badoo, Facebook, Instagram y Whatsapp, siendo su mayor uso en jóvenes, personas escolarizadas y en niveles socioeconómicos altos.

El resto de edades utilizan internet esporádicamente por su falta de conocimiento y manejo, usando internet para la consulta de manualidades, recetas, bricolaje, mecánica, consultas de salud, Whatsapp, etc.



CONCLUSIONES

La denominada adicción a Internet y la adicción a las Redes Sociales en Internet no pueden ser calificadas como tales. No existe una adicción a Internet, sino problemas de conducta derivados del acceso a la diversidad de contenidos que provee Internet, ya que el concepto de adicción se aplica cuando el agente nocivo es una sustancia, por lo que al no existir dicha sustancia se dice que es obsesión lo que generan las redes y no adicción a ellas siendo la obsesión por la misma del 85% de la población, ya que según respondían en la encuesta, más del 60% no podrían imaginar su vida sin internet, además podemos observar según la tabla del punto anterior, que aunque las personas de más de 60 años no saben usar un ordenador ni moverse por internet, si saben del uso de la aplicación de Whatsapp, ¿sorprendente verdad?

Referencias

1. <http://www.scielo.org>
2. <http://www.redalyc.org>



Celiaquía y web 2.0: análisis del contenido de los blogs disponibles en la red.

Luz Marina González-Hernández¹

Antonio Sánchez-Báez²

José Rafael González-López³

Jacinto García-Fernández³

Anjhara Gómez-Aragón³

¹*Alumna de Grado de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.*

²*Alumno de Grado en Enfermería. Centro Universitario Cruz Roja. Universidad de Sevilla.*

³*Profesor/a del Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.*

anjhara.ga@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Enfermedad celíaca, red social, educación en salud.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca o intolerancia al gluten se ha convertido en la patología intestinal crónica con mayor incidencia en España ^[1]. Como ocurre en otras patologías crónicas, el control del paciente celíaco no se limita a un correcto tratamiento farmacológico, sino que afecta a todas las dimensiones de la vida de la persona, siendo necesario el control de una serie de factores que intervienen en su correcto manejo, como pueden ser: disponibilidad de productos sin gluten a precios asequibles, adecuado etiquetado de los productos alimenticios ^[2], apoyo psicosocial y, especialmente, información sobre la enfermedad ^[3,4].

Esta información proviene de diversas fuentes: el personal sanitario será primordial, cobrando especial importancia la enfermera en atención primaria. Sin embargo, hoy día adquieren especial relevancia los productos web y redes sociales, debido principalmente a la facilidad de acceso, a la democratización de su uso ^[5] en los últimos años y a la asequibilidad de realizar búsquedas de las que pueden extraerse infinidad de resultados en sólo unos segundos.

Dentro de los productos digitales, aquellos que se identifican como herramientas propias de la web 2.0 resultan de gran interés ya que, entre otras opciones, permiten la interacción entre el autor de los contenidos y el lector a través de diferentes estrategias (comentarios, votaciones, formularios...). En ese sentido, nos

interesamos por conocer la eficacia de los blogs como posibles herramientas de educación para la salud, en las que se establece una relación entre el autor de los contenidos (bloguero) y el lector (paciente) a través de los comentarios realizados a colación de cada entrada^[6]. Conocer el perfil de los blogueros y la calidad de los contenidos nos permite analizar el tipo de información que los pacientes celíacos pueden obtener a través de la web.

OBJETIVO E HIPÓTESIS

Nuestro objetivo se ha centrado en explorar blogs específicos sobre celiacía en lengua española, analizando su contenido, perfil demográfico de los blogueros y la calidad de la información que proporcionan.

A modo de hipótesis inicial, considerábamos obtener:

Un alto número de blogs dedicados a la enfermedad celíaca, debido a su alta incidencia en la población y a la facilidad para elaborar este tipo de productos digitales.

Contenidos de muy diversa calidad, pero con enfoques similares en lo que se refiere a la fisiopatología de la enfermedad, al tratamiento y a las opciones existentes para que los afectados puedan llevar una vida normal.

Pacientes y familiares compondrían los perfiles demográficos mayoritarios de los blogueros, existiendo también una representación no despreciable de personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realiza a través de la revisión de una serie de blogs en lengua castellana en los que la enfermedad celíaca sea el tema principal, estableciendo una metodología de búsqueda a través de diferentes criterios, análisis mediante *check-list*^[6,8] y revisión por pares.

Para obtener los resultados a analizar, utilizamos el buscador Google, por ser el más empleado a nivel global^[7], en su versión española. Se realizan cuatro búsquedas mediante criterios diferentes:

De cada una de las cuatro búsquedas se eligen los primeros 100 resultados, por lo que se obtienen un total de 400 resultados. En primer lugar, se descartan las coincidencias, considerando la posición que ocupa cada resultado en cada una de las búsquedas para analizar la popularidad de cada blog. Desechamos, además, aquellos resultados que no fueran blogs. Tras este primer cribado, obtenemos 272 resultados, a los que aplicamos el análisis mediante *check-list* y la revisión por pares, tras lo cual se descartan una serie de resultados por los siguientes motivos:

- Reiteraciones no percibidas en el cribado inicial: 6
- Webs (no específicas) que solicitan suscripción: 1
- Direcciones web no funcionantes: 15
- Resultados que no son blogs (webs, programas de radio o televisión a la carta, vídeos): 18
- Blogs en inglés como idioma principal: 1
- Datos no relevantes: 163. Estos resultados, a pesar de ser blog, están dedicados a otros temas no específicos, dedicando una o varias entradas a la celiaquía o a algún aspecto relacionado con el consumo de gluten. De todos estos blogs, sólo 27 tienen más de una entrada relacionada con la celiaquía (1,66%), y en tres casos sólo se citan determinados términos ("gluten"/"enteropatía"/"celiaquía") sin ahondar en contenidos relacionados.

De entre las temáticas tratadas en estos blogs podemos señalar como más recurrentes los sanitarios -profesionales- (19,63%), dietética (12,27%), cocina y recetas (11,66%), tiendas y proveedores (9,20%), blogs personales (6,13%), divulgativos sobre salud general (5,52%), cuidados del bebé e infancia (5,52%), turismo (4,29%), farmacéuticos (4,29%), y otros temas con menor incidencia (menos de 5 blogs de cada uno de ellos: terapias alternativas, entidades privadas, ciencia, restaurantes, catering, compañías de seguros, educación, adelgazamiento, deporte, estética, revistas femeninas, moda, académicos, asociaciones de pacientes (fibromialgia), alopecia femenina). Cabe decir que, a pesar de que en este cribado encontramos 32 blogs con temática sanitaria (profesional), los contenidos de éstos no están centrados en la enfermedad celíaca y, en la mayoría de los casos, sólo tratan estos contenidos de manera tangencial o como parte de promociones de clínicas privadas.

Se obtienen finalmente un total de 68 blogs que cumplen los criterios de inclusión, sobre los que centraremos el análisis de los resultados. No obstante, los resultados desechados no dejaron de ser considerados ya que, a pesar de no cumplir los criterios de inclusión, la información obtenida de ellos resultó ser de gran relevancia para el tema que nos ocupa.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A pesar de los numerosos resultados que se incluyeron en la búsqueda inicial (400), sólo 68 cumplieron los criterios de inclusión (blogs en lengua castellana con temática central sobre celiaquía). Sin embargo, el número de blogs de temas diversos que aluden de manera más o menos tangencial a la celiaquía es superior (163), por lo que podríamos decir que se han obtenido menos resultados de los esperados. A pesar de esto, en la mayoría de los blogs sobre celiaquía se habían publicado entradas en los seis meses anteriores a nuestra revisión, por lo

que podrían considerarse activos. También debemos decir que estos 68 resultados responden, en su mayoría, a blogs con criterios de popularidad a considerar: sólo 23 de los blogs aparecen únicamente en una de las búsquedas realizadas; 22 de ellos aparecen en alguna de las búsquedas dentro de los 20 primeros resultados, y 13 dentro de los 10 primeros resultados (primera página de Google en su configuración habitual). Esto indica que son blogs que muy frecuentemente podrán ser visualizados por las personas que realicen búsquedas similares en la red.

Observamos que la mayoría de los blogueros son personas celíacas que pretenden compartir la experiencia personal vivida a raíz del diagnóstico. Algunos blogs pertenecen a familiares (madres, hermanos,...) o a asociaciones de personas celíacas. La presencia de blogs con contenido específico sobre enfermedad celíaca donde el bloguero es profesional sanitario es mucho más escasa de lo esperado; de hecho, no hemos encontrado ningún blog propiamente enfermero que se encargue de la enfermedad en particular, aunque sí dos blogs de Enfermería que la tratan en alguna entrada. Un caso paradigmático fue el del blog del hospital de Manises (Valencia): a lo largo de nuestra búsqueda encontramos múltiples noticias que hacían referencia a la apertura de un blog sobre celiacía por parte del hospital de Manises, pero en ninguno de los 400 resultados obtenidos apareció el citado blog.

En cuanto a los contenidos, por lo general los blogueros se basan en la experiencia personal y el ensayo-error para proporcionar consejos sobre la enfermedad, su tratamiento, o trucos para acometer cualquier aspecto de la vida diaria, incorporando también cuestiones de ámbito emocional. Los temas más tratados son aquellos relacionados con la alimentación, donde la alimentación casera (a través de recetas de cocina) y la alimentación fuera de casa (restaurantes y productos sin gluten) son los más habituales (imagen 1).



The image shows a screenshot of a blog page. At the top left, there is a photo of a hand holding a round, golden-brown cookie. To the right of the photo is a decorative graphic with the text 'Sin gluten' in a cursive font. Below the photo and graphic is a horizontal navigation menu with buttons for 'Página principal', 'Pan', 'Bollería', 'Galletas', 'Bizcochos', 'Madelenas', 'Tartas', 'Dulces', 'Saladas', and 'Panificadora'. The 'Pan' button is highlighted. Below the menu, the date 'miércoles, 25 de mayo de 2016' is displayed. The main title of the post is 'Sin gluten: Picos o colines'. The text of the post begins with '¡Buenos días!! ¿Cómo estáis? Yo de vuelta con una nueva receta para el reto **Schär & Pan**. Una receta que demuestra de nuevo que hay muchas formas muy, muy fáciles de hacer pan sin gluten: **Colines o picos sin gluten**.' The text continues with a paragraph about the tradition of 'colines' or 'picos' in a rural setting, mentioning that they are often served in bars and restaurants, and can be made at home.

Imagen 1: Entrada de uno de los blogs analizados en el que se ofrece una receta de picos

de pan sin gluten. Fuente: <http://celiacos.blogspot.com.es/> [27/05/2016]

En los blogs analizados constatamos una llamativa ausencia de referencias al personal sanitario. Los blogueros que tratan la enfermedad celíaca de forma específica no suelen hacer referencias al personal sanitario ni a enfermeros de referencia, por lo que daría la sensación de que los profesionales sanitarios no realizaran ninguna aportación a la vida diaria de estas personas. De hecho, si realizamos un sondeo a través de los buscadores propios de los blogs con mayor índice de popularidad, el término “enfermera”/“enfermero” ni siquiera aparece; sí es más habitual la mención al médico, aunque generalmente con contenidos que desmerecen su labor para con los pacientes. En el blog *Celíaco a los treinta* (aparición en todas las búsquedas, en dos de ellas como segundo resultado) el bloguero afirma: «*Si crees que puedes ser celiaco acude a tu médico. Si no te hace caso insiste, cambia de médico, reclama en atención al paciente o acude a un asociación de celíacos*» (<http://www.celiacoalostreinta.com> [27/05/2016]).

En los contenidos, que en ocasiones derivan en asuntos de tipo personal, apreciamos un cierto “*estigma social percibido*” por las personas con celiaquía, que en general se sienten excluidos del sistema. Frente a esto, la web 2.0 ha permitido una interconexión entre todos ellos, y así lo constatamos en nuestro análisis. Los blogueros celíacos (o familiares de celíacos) se conocen de manera física o virtual, se citan entre ellos, incorporan enlaces a otros blogs o redes sociales, acuden juntos a eventos y, en última instancia, pretenden crear una red de ayuda mutua (imagen 2) que supla la sensación de abandono percibida por parte del sistema económico, social y sanitario.



Imagen 2: Texto de presentación del blog *Celíaca por sorpresa*. Fuente: <https://celiacaporsorpresa.com/> [27/05/2016]

CONCLUSIONES

Aunque la enfermedad celíaca está muy tratada en la red, la información está muy dispersa en entradas de blogs sobre temáticas muy diversas. Son menos los blogs específicos que podemos encontrar en idioma español.

El perfil mayoritario de los blogueros es el de una persona adulta que padece intolerancia al gluten y que desea compartir su experiencia con iguales que viven la misma situación.

Los blogs con mayor índice de popularidad ofrecen información sobre pautas de alimentación: productos, recetas y restaurantes.

Los blogs redactados por personal sanitario son escasos y con menor índice de popularidad; un objetivo importante sería aumentar la visibilización de la enfermera a través de estas fuentes.

En los contenidos se aprecia una sensación de abandono y de “exclusión” por parte del sistema hacia las personas celíacas. El papel de la enfermera como educadora para la salud en la intolerancia al gluten debe potenciarse y convertirse en una herramienta para las personas que la padecen.

REFERENCIAS

1. Riestra S, Fernández E, Rodrigo L, García S, Ocio G. Prevalence of celiac disease in the general population of northern Spain. Strategies of serologic screening. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 398-402.
2. Reglamento (CE) No 41/2009 de la Comisión de 20 de enero de 2009 sobre la composición y etiquetado de productos alimenticios apropiados para personas con intolerancia al gluten. *Diario Oficial de la Unión Europea*. 21.1.2009. L16/3-L16/5.
3. Casellas F, López Vivancos J, Malagelada J R. Current epidemiology and accessibility to diet compliance in adult celiac disease. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2006; 98(6).
4. Ferre Rovira M M, Latorre Fernández I. Abriendo puertas: conociendo a un celiaco. *Index Enferm* .2010 ;19(4):264-268.
5. Fundación Telefónica, 10 años sociedad de la información. *La sociedad de la información en España 2009*. Editorial Ariel. Madrid: 2009.
6. Miller EA, Pole A. Diagnosis Blog: Checking Up on Health Blogs in the Blogosphere. *Am J Pub Health*. 2010; 100 (8): 1514-9.
7. Jarvis J, Y Google, ¿cómo lo haría? 3ª ed. Madrid: Gestión 2000; 2010.
8. Kovic I, Lulic I, Brumini G. Examining the Medical Blogosphere: An Online Survey of Medical Bloggers. *J Med Internet Res* 2008; 10 (3): e28. Doi: 10.2196/jmir.1118.

Teleasistencia en enfermería durante el posparto inmediato: revisión de la evidencia.

Jessica Solano-Barragán
María Jesús Cazallo-Hervás.

jessica_solano84@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Periodo posparto; tecnología de la información; asistencia; promoción de la salud; enfermería.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo en el que la madre experimenta una serie de cambios que le llevarán de regreso al estado normal. Los cuidados de enfermería van dirigidos a la vigilancia de los signos de alarma específicos de cada fase y al apoyo a la madre a la vuelta a casa. Se recomienda realizar un abordaje biopsicosocial en esta etapa de la vida por la magnitud y las implicaciones de los cambios físicos, familiares y sociales que se producen (1).

Entre las actividades del Proceso Asistencial Integrado, Junta de Andalucía (2014) se encuentran (2):

- Cuidados del bebé y signos de alerta de complicaciones.
- Refuerzo de la lactancia natural si está lactando.
- Refuerzo del proceso y de los distintos aspectos de la vinculación madre/hijo.
- Reforzar el consejo sobre hábitos de vida saludable.

El puerperio es **una época de transición**, por lo que sólo se requiere tiempo para que las dudas e incertidumbre se resuelvan (1).

Por otra parte, los sistemas y servicios de salud de todas partes del mundo están integrando constantemente la utilización de las TIC, cuyo auge empezó a partir del año 2000 (3).

La **teleasistencia** (*teleassistance*) es un servicio de asistencia domiciliar que permite la permanencia de los usuarios en su domicilio y garantiza la intervención inmediata a personas mayores y/o discapacitadas que viven solas en situación de riesgo y les permite entrar en contacto verbal en un centro atendido por personal especializado (4).

La **teleasistencia en enfermería** (*telehealthnursing*) se ha implantado en los contextos de la práctica clínica, los centros de avisos telefónicos, los centros de salud y otros ámbitos de atención ambulatoria; la valoración del paciente se realiza sin que

exista contacto visual directo, lo que requiere una rápida y eficaz identificación del problema de salud (4).

Según Cabero, las TIC son instrumentos técnicos que giran en torno a los nuevos descubrimientos de la información y que pueden crear, almacenar, recuperar y transmitir información de forma rápida combinando diferentes tipos de códigos en una realidad virtual (4).

No obstante, este nuevo enfoque asistencial requiere acciones conjuntas, y han de establecerse políticas y estrategias sanitarias que posibiliten y faciliten este cambio social, cultural y estructural, por lo que es necesario educar y formar a la población usuaria de estos servicios asistenciales como ciudadanos y pacientes, capaces de hacer uso adecuado de un modelo asistencial diferente, inmerso en la sociedad de la comunicación y de la información, y capaz de resolver sus problemas de cuidados (4).

OBJETIVO

Revisar la evidencia científica sobre las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el puerperio de la mujer y sus cuidados, así como determinar si la implementación de prácticas tecnológicas ayudaría a las madres en este periodo de su ciclo vital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de la literatura científica actual en las siguientes bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: Pubmed, Medline, Scielo y Cochrane, así como otras fuentes: OMS, FAME, Ministerio de Sanidad y Junta de Andalucía.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los cuidados enfermeros de la mujer en el puerperio inmediato deben cubrir todas las necesidades de salud y contemplar la valoración del estado físico y emocional de la madre y el neonato (5,6).

De forma progresiva, se están produciendo algunos intentos de implementación de un modelo asistencial con soporte telemático en el campo de la atención primaria y de la atención especializada, complementario al modelo de prestación de cuidados más presencial, que se comentan a continuación (4).

En un estudio piloto participaron 5 parejas y realizaron un total de 12 sesiones de videoconferencia. El tema consultado con mayor frecuencia fue la lactancia materna, el número de tomas y los gases; seguido del cuidado del neonato: cordón y vacunas y, por último, sobre la salud de la madre: depresión posparto, molestias producidas por la episiotomía y desgarros o la incisión de la

cesárea, las hemorroides, los entuertos, la ingurgitación mamaria o las grietas en el pezón.

Durante el estudio, se valoró el interés de los padres y se sintieron confiados y seguros con la videoconferencia. Entre las ventajas, permitió a los padres no tener que desplazarse al hospital y el contacto telemático resultó ser rápido y menos invasivo que la atención hospitalaria (7).

Según una investigación realizada en el campo de la atención primaria por Steve George et al en el Reino Unido, con el objetivo de estudiar las ventajas para la población de la implantación de un servicio de teleasistencia con un horario de 18,30 h hasta las 23,15 h de lunes a viernes, de 11 a 23,15 h los sábados y de 8 a 23,15 h los domingos, los resultados obtenidos fueron que el 50% de las llamadas (3.581 de un total de 7.308) fueron gestionadas exclusivamente por enfermería, con un alto grado de satisfacción por parte de la población atendida y con un grado de cumplimiento de los tratamientos muy importante (4).

Se realizó un estudio sobre experiencias maternas sobre la lactancia y el uso de telesalud en las cuatro semanas posteriores al parto. El propósito del estudio fue evaluar la viabilidad y la fiabilidad de los métodos de telesalud para proporcionar apoyo a la lactancia en los hogares de las mujeres durante las primeras cuatro semanas después del nacimiento. Siete parejas madre-bebé fueron reclutadas de la unidad de maternidad de un hospital del Medio Oeste afiliado a la universidad y un centro de maternidad de la zona. Los datos fueron recolectados a través de videoconferencia y cara a cara visitas a los hogares para calcular las puntuaciones de evaluación de la lactancia materna LATCH. La experiencia de la lactancia materna Escala (BES) se administró por vía telefónica entre una y cuatro semanas después del parto. En una semana, las experiencias más frecuentes de las madres eran la sensación de cansancio / fatiga, (85,8%), seguido por la frecuencia de la madre al bebé debido a la somnolencia (85,7%), y dolor en los pezones (85,7%). En una escala de 5 puntos, las experiencias más graves fueron dolor en los pezones (moderado, 3) y congestión (leve, 2). En la cuarta semana, las experiencias más frecuentes de las madres fueron la sensación de cansancio / fatiga (85,8%), sentirse tensas y abrumadas (85,8%), y la renuencia del bebé por parte de la madre debido a la irritabilidad (71,5%). Las experiencias más graves fueron la sensación de cansancio / fatiga (moderada, 3), dolor en los pezones, la renuencia del bebé por parte de la madre debido a la somnolencia e irritabilidad, fugas en los senos, y sentirse tensas y abrumadas (leve, 2). La mayoría de las madres (n = 6) informaron que tenían una experiencia grata sobre la lactancia materna y que tenían una disminución de los problemas de lactancia debido a su experiencia telesalud. A las cuatro semanas, 5 consultas fueron exclusivamente en período de lactancia. En conclusión, la

telesalud puede ser una herramienta importante en la evaluación y apoyo de la lactancia materna, aunque aún se necesita más investigación en esta área (8).

La revisión de Pate (2009) tuvo como objetivo evaluar el impacto sobre la instauración de la lactancia de intervenciones basadas en las tecnologías de la información, aunque alguno de sus estudios no describe de manera explícita el uso de estas tecnologías. La RS identificó 21 ensayos clínicos desarrollados en países desarrollados de los cuales algunos se incluyeron también en la RS de Dyson (2007).

Un ECA comparó el impacto sobre la instauración de la LM exclusiva en un grupo de mujeres latinas estadounidenses con pocos recursos de un programa que incluía el consejo prenatal y postnatal por pares comparado con un programa de promoción de la LM sin el apoyo por pares, mostrando un beneficio en el número de mujeres que iniciaron la LM exclusiva (1 ECA, 182 mujeres; OR 2,9; IC 95 % 1,1 a 8,0).

En un ECC desarrollado en dos hospitales urbanos en Finlandia, un programa de información y apoyo de la lactancia en línea, comparado con un programa de promoción estándar, mostró un aumento de la tasa de inicio de la LM (1 ECA, 863 mujeres; OR 2,7; IC 95 % 2,1 a 3,7). En otro ECA estadounidense una intervención audiovisual informática de apoyo prenatal y a la lactancia mostró una mayor tasa de instauración de la LM que un programa de cuidados rutinarios (1 ECA, 993 mujeres; OR 1,6; IC 95 % 1,3 a 2,1). El análisis combinado de estos estudios mostró un impacto favorable de los programas de instauración de la LM que aprovechan las posibilidades de las tecnologías de la información (OR 2,2; IC 95 % 1,9 a 2,7) (9).

CONCLUSIONES

Las expectativas de crecimiento en el uso de las TIC en el futuro ponen de manifiesto la necesidad de que los profesionales de enfermería estén formados en su uso y en su

conocimiento para poder dar respuesta a las necesidades y demandas crecientes de la sociedad, con una población más informada y con mayor acceso a las múltiples posibilidades que internet ofrece en la difusión de la información a los ciudadanos (4).

En el Informe del Observatorio Mundial sobre el Establecimiento de Infraestructuras para la Cibersalud elaborado por la OMS (2006) se encuentra elaborado las directrices para la capacitación de profesionales y estudiantes de carreras sanitarias sobre la aplicación de las TIC a la salud (3). Una de las propuestas más interesantes es la asistencia y cuidados a la mujer en el periodo del puerperio.

Las investigaciones demuestran, por ejemplo, que la lactancia materna proporciona muchos beneficios para la salud tanto para

las madres y los bebés. Sin embargo, muchas madres dejan de amamantar en el período postparto antes de tiempo debido a problemas tales como dolor en los pezones, la congestión, la mastitis y la producción de leche insuficiente. Se ha demostrado que un apoyo a la lactancia se asocia con una mayor duración de la misma. La tecnología de telesalud no se ha utilizado para hacer frente a este problema, pero puede ser un medio alternativo para proporcionar apoyo a las madres con la lactancia (8). Así pues, y como conclusión, consideramos que el uso de las TIC por parte de los profesionales de enfermería puede ser clave en las políticas de mejora de calidad del cuidado enfermero, así como en la formación de dichos profesionales y en la conciliación de su tiempo personal, familiar y profesional, al tiempo que plantea nuevos interrogantes y nuevos retos que pondrán a prueba nuestra capacidad innovadora en los cuidados prestados a la población en el siglo XXI, dotando de más valor al modelo asistencial actual (4).

REFERENCIAS

1. Castán Mateo S. Obstetricia para matronas: Guía práctica. Madrid: Médica Panamericana, D.L.2013.
2. Embarazo, Parto y puerperio. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2014.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) Establecimiento de infraestructuras. Progresos realizados por los Estados Miembros. Informe del observatorio Mundial OMS de Cibersalud, 2006. Disponible en: <http://www.who.int/goe/publications/Spanish.pdf>.
4. Girbau García MR, Galimany Masclans J, Salas Miravittles K. Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación. Nursing 2010; 28(1):60-63.
5. González-Armengol J, Carricondo F, Mingorance C, Gil-Loyzaga P. Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos. Emergencias. 2009;21:287- 94.
6. Iniciativa parto normal. Documento de Consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Disponible en: www.federación-matronas.org.
7. Rojjanasrirat W, Nelson E-L, Wambach KA. A Pilot Study of Home-Based Videoconferencing for Breastfeeding Support. J Hum Lact. 2012 Nov 1;28(4):464–7.
8. Curtis Neely M, Wambach K. Breastfeeding Experiences of Mothers Using Telehealth at One and Four Weeks Postpartum. 2010 Jun. Disponible en: <http://archie.kumc.edu/xmlui/handle/2271/854>.
9. Guía de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio, 2014.

Uso de las aplicaciones móviles para gestionar la salud reproductiva

Laura Árbol Guerrero¹
Eva María Bersabé Hidalgo²
Miriam Domínguez Trujillo³
Yolanda Fernández Morodo⁴
Isabel Gómez Megías⁵
Fátima León Larios⁶
Juana Macías Seda⁷

¹ Alumna del Grado en Enfermería. Dpto. Enfermería. Universidad de Sevilla ² Alumna del Grado en Enfermería. Dpto. Enfermería. Universidad de Sevilla ³ Alumna del Grado en Enfermería. Dpto. Enfermería. Universidad de Sevilla ⁴ Alumna del Grado en Enfermería. Dpto. Enfermería. Universidad de Sevilla ⁵ Alumna del Grado en Enfermería. Dpto. Enfermería. Universidad de Sevilla ⁶ Profesora Dpto. Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla ⁷ Profesora Dpto. Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

fatimaleon@us.es
jmseda@us.es

**Comunicación ganadora
del Premio Estudiantes**

PALABRAS CLAVE: Aplicaciones Móviles. Salud Reproductiva. Embarazo

RESUMEN

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación están ayudando a mejorar la salud de las personas. Las aplicaciones móviles están provocando un cambio en el modelo de educación para la salud, por lo que hay que profesionalizar los contenidos de las mismas. De ahí, el interés en identificar y analizar las aplicaciones disponibles en Salud Reproductiva. Para ello se seleccionaron aplicaciones que incluyeran en sus contenidos temas de embarazo en Google Play con el descriptor “embarazo” resultando un total de 248 aplicaciones, incluyendo las aplicaciones de pago. Finalmente 76 cumplían los criterios de inclusión, siendo 6 de pago. Casi la totalidad de apps sobre Salud Reproductiva están dirigidas a embarazadas (92,9%), con contenidos de alimentación o cuidados, evitando los temas de relaciones de pareja o sexualidad, tan solo 7 abordan los aspectos

de sexualidad.

KEYWORDS: Applications . Phones. Reproductive health. Pregnancy

ABSTRACT

The new information and communications technology are helping to improve the health of [*****].Hence the interest in identifying and analyzing the applications available on reproductive health. For this application content to include in their pregnancy issues in Google Play with the descriptor "pregnancy" resulting in a total of 248 applications, including payment applications were selected. 76 finally met the inclusion criteria, being 6 payment. Almost all apps on Reproductive Health are aimed at pregnant women (92.9%) with content feed or care, avoiding the issues of relationships and sexuality, only 7 address issues of sexuality.

INTRODUCCIÓN

La tecnología personal está contemplando la educación actual por medio del aprendizaje interactivo, sobre todo en el campo de la Salud, que requiere el dominio de un gran número de información. Mobile-learning (m-learning), corresponde al nombre en inglés de "educación móvil"; modalidad educativa cuyo soporte tecnológico lo dan los últimos avances en comunicación y transmisión de datos mediante el uso de dispositivos móviles de comunicación que tengan alguna forma de conectividad inalámbrica con el fin de producir experiencias educativas en cualquier lugar y momentoⁱ.

La salud virtual consiste en la utilización de aplicaciones móviles en la atención sanitaria. Su uso está transformando el modelo de educación para la salud en todo el mundo¹, en concreto está generando nuevas formas de atención a la salud, que utilizadas de forma adecuada pueden optimizar los procesos asistenciales y fomentar la participación e implicación de la ciudadanía, sin embargo, presenta algún que otro riesgo salvable si se profesionalizan sus contenidosⁱⁱ².

Actualmente se asume que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación están ayudando a mejorar la calidad de vida, no obstante, también plantean importantes desafíos para los sistemas sanitarios y para las propias personas usuarias. Para dar respuesta a esta preocupación surge la Estrategia de Calidad y Seguridad de las Aplicaciones Móviles de Salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que ha implementado un procedimiento con orientaciones y recomendaciones para los responsables de aplicaciones de Salud, reconociendo el cumplimiento de las mismas con el Distintivo "AppSaludable" que es el primer distintivo en español que reconoce la calidad y seguridad de las apps de salud. Es un procedimiento gratuito y abierto a todas las aplicaciones de

iniciativas públicas y privadas, tanto españolas como de cualquier otro país para distinguir aquellas aplicaciones móviles que sean fiables para los usuarios. Las apps de salud con el Distintivo AppSaludable forman parte de un directorio de apps destacadas por su calidad y seguridad.

El proceso se basa principalmente en la autoevaluación de las aplicaciones de acuerdo a las recomendaciones de la guía, y la posterior evaluación por parte de un comité de expertos de la Agencia centrado en 31 recomendaciones estructuradas en 4 bloques: Diseño y Pertinencia; Calidad y Seguridad de la Información; Prestación de Servicios y Confidencialidad y Privacidad.

En concreto, se trata de examinar si las apps definen de forma clara su finalidad, si identifican los colectivos a los que se destina la información y si indican los objetivos de forma concreta correspondiéndose con sus contenidos y servicios; también, si utilizan un lenguaje claro y accesible para las personas usuarias. Además, se valora si las apps dejan claro que su uso no sustituye el asesoramiento ni los cuidados del colectivo sanitario. Finalmente deben establecer en qué categoría se engloba atendiendo a una clasificación normalizada de apps de salud.

Otro aspecto a considerar son las recomendaciones en materia de protección de datos, haciendo hincapié en los mecanismos de seguridad que tienen que implementar una app para garantizar la privacidad y confidencialidad de la información. En este sentido, se recomienda que antes de su descarga e instalación, las apps de salud deben informar sobre qué datos del usuario se recogen y para qué fin, también sobre las políticas de acceso, tratamiento de los datos y acerca de posibles acuerdos comerciales con terceros. Es decir, tienen que preservar la privacidad de la información registrada, recoger consentimientos expresos del usuario y advertir de los riesgos derivados del uso de aplicaciones móviles de salud en red. Asimismo, tienen que describir de forma clara y comprensible los términos y condiciones sobre la información registrada de carácter personal. Además, tienen que informar cuando tiene acceso a otros recursos del dispositivo, cuentas del usuario o perfiles en redes sociales, disponiendo de mecanismos de cifrado de información para su almacenamiento e intercambio, así como de gestión de contraseñas.

Por otro lado, la Estrategias de Calidad y Seguridad en Aplicaciones Móviles de Salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de la Consejería de Salud contempla un apartado de sugerencias y aportaciones que ayuden a mejorar la información y otros contenidos recogidos en el mismo, a través de los comentarios enviados a través del portal.

OBJETIVO

Identificar y analizar las aplicaciones sobre Salud Reproductiva disponibles en español según calidad científica, actualidad, tipo de usuarios, accesibilidad y número de descargas.

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio descriptivo sobre las características de las apps de salud reproductiva encontradas en Google Play con el descriptor “embarazo”. Realizado desde el mes de enero a marzo de 2016.

Criterios de inclusión y exclusión

Aunque en un principio se planteó la posibilidad de incluir las apps de todas las plataformas de descarga (App Store o Google Play) no obstante finalmente se determinó centrar la búsqueda solo en Google Play, el resto se incluirán en investigaciones posteriores. De las 248 se seleccionaron las que incluían algunos de los siguientes criterios: cuidados, nutrición, ejercicio, musicoterapia, calculadora del embarazo, ecografía, diccionario gestacional, síntomas, educación maternal, paternidad, relaciones de pareja y/o sexualidad, excluyéndose las que abordaban solo temas estéticos, de ocio o de juego. Finalmente 70 cumplían los criterios de inclusión, siendo 6 de pago.

Para su análisis se utilizaron las dimensiones; calidad científica, actualización, usuarios y accesibilidad/descarga operativizadas en las variables.

La calidad científica la evaluamos estableciendo 4 grados de calidad según se cumplan o no las variables mencionadas:

- Baja calidad: no cumple ninguna de las variables.
- Calidad media: cumple al menos una de las variables.
- Calidad media-alta: cumple dos de las variables.
- Calidad alta: cumple las tres variables.

Para analizar la variable “comentarios de los usuarios” se ha realizado una categorización de las preguntas abiertas en la que:

1= comentarios sobre accesibilidad

2= comentarios sobre calidad de los contenidos

3= comentarios sobre la actualidad de las aplicaciones

4= comentarios sobre la profesionalidad o contenidos divulgativos de la aplicación

- 5= comentarios sobre el manejo de la aplicación
- 6= comentarios sobre la aparición de propaganda
- 7= comentarios sobre el funcionamiento y utilidad de la aplicación

RESULTADOS

Casi la totalidad de las apps encontradas sobre salud reproductiva están dirigidas a mujeres embarazadas (92,9%) y solo un 2,9% a profesionales; en su mayoría están gestionadas por empresas farmacéuticas (67,2%), tan solo una app está liderada por una compañía médica (sanitas). Existen 19 (27,1%) apps que se presentan en español e inglés. Las más descargadas son las calculadoras de embarazos (48,6%), seguidas de los temas de alimentación y nutrición (30%), síntomas y molestias gestacionales (22,4%) todas ellas están consideradas como muy útiles, por las mujeres aunque indican que siempre hay que consultar a los profesionales para quedarse tranquila.

Es significativo que de 70 solo tres obtienen puntuación de “5” en relación a la satisfacción siendo dos de ellas de pago. Aunque el 94,3% es de acceso libre previo registro, posteriormente obligan a registrarse en una versión de pago. Generalmente identifican el número de teléfono, los ID y Ubicación del dispositivo (tabla 2). Las más descargadas son a su vez las que están más actualizadas, siendo la última actualización en 2015 en 43 de ellas (61,4%) y de ahí, hasta la actualidad. Llama la atención que tan solo una aporta evidencia científica “mi bebé día a día” con alto nivel de descargas (>400.000) y puntuación de 4,5. Los contenidos más presentes en las aplicaciones están relacionados con el calendario de embarazo 58,7% y con la alimentación 50,6%. Destacar que ninguna recoge aspectos emocionales o de pareja y que tan solo 6 de ellas (8,2%) abordan temas de sexualidad.

El 88,6% tiene comentarios siendo en un 85,7% relativo a la calidad de la app y solamente 9 de ellas presentan comentarios sobre la actualidad o la profesionalidad (11 apps de 70), los comentarios sobre el manejo de la apps se sitúan en un 35,7% lo que supone 25 de 70 apps. Tan solo 7 exponen comentarios sobre la evidencia científica de la aplicación.

Tabla 2. Descriptiva de las variables

VARIABLES	PORCENTAJE %					
	≥2015		2014-2012		<2011	
Actualización	43	61,4 %	24	34,3 %	3	4,3%
Perfil usuario	Mujer y familia		Profesionales		Ambos	
	63	92,9	2	2,9	3	4,2

Descargas	7 (18)	25,7	5 (13)	18, 6	6 (10)	14,3
Puntuación 1-5 puntos	<3	28,3	≥3<4	23, 3	≥4- 4	47,4
Variable	SI		NO			
	n 70	%	n 70	%		
Disponible otro idioma	19	27,1	51	72,9		
Registro previo	4	5,7	66	94,3		
Contenidos nutrición	35	50,0	35	48,6		
Contenidos ejercicios	25	35,7	45	62,9		
Contenidos Musicoterapia	7	10,0	63	88,6		
Calendario embarazo	41	58,6	29	40,0		
Gestograma	21	30,0	49	68,6		
Calculadora	23	32,9	47	65,7		
Diccionario Embarazo	11	15,7	59	82,9		
Síntomas embarazo	37	52,9	33	45,7		
Sexualidad	6	8,6	63	90,0		
Comentarios	62	88,6	8	11,4		
Comentarios Accesibilidad	15	21,4	55	78,6		
Comentarios Calidad	60	85,7	10	14,3		
Comentarios Actualidad	9	12,9	61	87,1		
Comentarios Profesionalidad	11	15,7	59	84,3		
Comentarios Manejo app	25	35,7	45	64,3		
Comentario publicidad	19	27,1	51	72,9		
Comentario funcionalidad	22	31,4	58	68,6		
Visibilidad Certificado calidad	4	5,7	66	94,3		
Visibilidad sociedad científica	7	10,0	63	87,1		

DISCUSIÓN

En general la calidad científica de las apps consultadas es de muy bajo nivel científico. En muy pocas ocasiones se indica que si está avalada por una sociedad científica ni siquiera si la información está basada en una evidencia científica, aunque llama la atención que *a priori* los términos están bien definidos y pueden resultar interesantes. Es significativo que la propia aplicación recomiende realizar una consulta a los profesionales sanitarios para contrastar la información que se maneja en ella. Incluso se indica en los comentarios que la información puede ser inexacta, o estar desactualizada o que puede ser poco exhaustiva. También hacen hincapié en la información suministrada no sustituye la atención profesional y que es aconsejable consultar a un especialista sanitario para contrastar la información. En este sentido se observa que, las mujeres siguen buscando información sobre salud reproductiva en internet antes de una cita clínica (30%) o después (50%), de esta, aun así, el 20% comparte esta

información con el equipo sanitario. La literaturaⁱⁱⁱ coincide en que la principal fuente de confianza a la que acuden las personas para consultar sus dudas en temas de salud, son los profesionales sanitarios. Para el 54% de las gestantes la principal barrera de internet es la fiabilidad de la información que se consulta, mientras que para el 30% es el riesgo de una interpretación errónea de la información que se obtiene.

Más aún, a la mayoría de las mujeres les gustaría que les recomendasen sitios de internet relacionados con su embarazo. Valorarían positivamente que existiese un blog o web profesional controlada sobre consejos para la maternidad y que se pudiera comunicar por correo electrónico con el profesional que controla su embarazo. Las más jóvenes están más predispuestas a introducir estas formas de comunicación, sin embargo, las más adultas son más reacias a utilizar las redes sociales para interactuar con su matrona^{iv}.

En un estudio^v realizado sobre las aplicaciones móviles en temas de salud reproductiva se pone de manifiesto que la falta de personal cualificado afecta a la certeza, variedad y profundidad de los conocimientos que las mujeres deben de tener sobre su embarazo. Indica que la formación que reciben es insuficiente, con información en muchos casos errónea y que no se ajusta a la realidad, lo que potencialmente perjudica a la comprensión, asunción y participación en el proceso de maternidad, y a la futura relación madre-padre- bebé en temas esenciales como autocuidados gestacionales y cuidados del neonato.

Como parte de los análisis de este nuevo entorno digital, algunos estudios^{vi} han examinado su impacto en la comunicación en salud^{vii}. En tal sentido, se han descrito aspectos vinculados al aprovechamiento del potencial de las apps, señalando la necesidad de adaptación de la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes al nuevo escenario de la denominada e-Salud, en un proceso que conduzca a la ampliación de las posibilidades de interacción social y el consiguiente empoderamiento para la salud de las personas. Algunos artículos^{viii} sobre el uso de aplicaciones móviles, han mostrado tendencias contradictorias; mientras, por una parte, se ponen de manifiesto elevados usos y una percepción positiva de los usuarios sobre estos recursos tecnológicos, por la otra, se identifican insatisfacción, como resultado de la calidad de los contenidos.

Cabe señalar que las aplicaciones tienen acceso a la ubicación aproximada y precisa (GPS), fotos/multimedia/ archivos (modificar o eliminar contenido de la SD y leer contenido de la SD), ver las conexiones Wi-Fi, leer la identidad y el estado del teléfono (ID de dispositivo y datos de llamada), acceder a toda la red y ver

conexiones de red.

Un aspecto a resaltar es que aunque existen bastantes comentarios en las apps, la sexualidad y los temas de relaciones de pareja son los grandes ausentes en las apps de embarazo y maternidad. Tampoco figuran comentarios ni contenidos relacionados con la paternidad o realizados por hombres en relación al embarazo.

CONCLUSIONES

Las apps están dirigidas principalmente a mujeres, excluyendo a los hombres de estos contenidos, las más descargadas son las calculadoras embarazo, alimentación y cuidados. Las relaciones de pareja o la sexualidad durante el embarazo están ausentes, tan solo 7 abordan temas de sexualidad.

Aunque son de acceso libre pasado un tiempo requieren el registro a una versión de pago. Principalmente están gestionadas por industrias farmacéuticas con fines publicitarios y con escasa o nula evidencia científica.

Muy pocas satisfacen las necesidades de las usuarias, que desconfían y señalan la necesidad de consultar con los profesionales sanitarios antes las dudas o problemas que puedan surgir durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. García L. Aprendizaje móvil, m-learning. Editorial BENED; 2004 dic. [Citado 2016 mayo 09] Disponible en: <http://www.uned.es/catedraunesco-ead/editorial/p7-12-2004.pdf>.
2. West, JH1; Hall, PC.; Hanson, CL.; Barnes, MD.; Giraud-Carrier, C.; Barrett, J. (2012): "There's an app for that: content analysis of paid health and fitness apps". *J Med Internet Res.*, May 14;14(3),
3. Barrier, Breton F.; Neel, Gwendolyn; Frevert, Amanda; More "There's an App for That! Developing a Real-Time Smartphone App to Assess Clinical Competence". *Obstetrics & Gynecology.* (2015): 126, 52S-53S, October. Pp. 52-53
4. Fernández Aranda M. I. Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia ginecoobstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba. Diciembre 2014 N° 3 Volumen 2. [Citado 2016 mayo 09]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/43>
5. Vilorio Núñez César. Tecnologías de la información para la

- educación, investigación y aplicación en el área de la salud. Bondades y retos. Salud, Barranquilla [Internet]. 2009.
6. Angarita M. M-learning (Mobile-learning): una nueva estrategia tecnológica para la educación médica. *Revista eSalud.com* 2005;1(3). [Citado 2016 abril 20]. Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/32>
 7. Trejo Delarbre R. Somos constelaciones. Medios tradicionales y redes sociales en la construcción de la identidad. *Rev Latinoam Cien Comunic* 9 (17). pp. 26-38.
 8. Bacallao-Pino Lázaro M. Recursos interactivos y redes sociales en la información sobre salud sexual y reproductiva en la prensa cubana: la sección "Sexo sentido", del diario Juventud Rebelde. *Rev. cuba. inf. cienc. salud* [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Mayo 07]; 26 (2): 94-
 9. 106.

Valoración del uso de las web en pacientes con patología inflamatoria intestinal

Manuel Pabón-Carrasco¹
Juan Ignacio Bautista-Osorno²
Eva del Roció Martínez-Alonso³
Nerea Jiménez-Picón⁴

¹Profesor del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla

²Alumno del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla

³Alumna del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla

⁴Profesora del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla
conroc2@yahoo.es

PALABRAS CLAVE: Enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis Ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Web. TIC.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal, que engloba varias patologías como Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, Colitis indeterminada, se manifiesta en forma de brotes a lo largo de la vida del paciente, con mayor prevalencia entre las personas de 20 a 40 años.

No hay estudios que sustenten la existencia de un factor hereditario para padecer la enfermedad. Sin embargo, hay entre un 15-20% de pacientes en cuyas familias han existido casos previos. Al ser una enfermedad crónica, es una responsabilidad de enfermería realizar el adecuado seguimiento de la medicación indicada por los especialistas en la materia.

La pérdida de peso, anemia y desnutrición son algunas de las consecuencias derivadas de esta patología. La dieta cobra una gran importancia en el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes. Hay que prestar especial atención a los alimentos ricos en proteínas, hierro y calcio y aumentarlos en la dieta. No existen evidencias científicas de que ningún alimento en concreto desencadene la crisis por lo que en principio no sería necesario ningún cambio en concreto en la dieta. No obstante, durante el desarrollo de una crisis, es recomendable disminuir la ingesta de leche y de alimentos ricos en fibra¹

Hasta el momento, las fuentes principales de información habían sido las asociaciones de pacientes y los medios periodísticos convencionales, aunque no siempre eran datos fiables ni basados

en ningún estudio demostrado. En los últimos años, Internet ha irrumpido en la sociedad de forma importante, abriendo una ventana de infinitas posibilidades a la mano de un solo botón.

Los estudios realizados sobre este tema en España son bastante reducidos. En Barcelona se llevó a cabo una encuesta entre un grupo de personas con 40 años de media. El 68% de ellos tenían ordenador y el 49% conexión a internet. Un 84% manifestaba interés por poder disponer de una web con información sobre la enfermedad inflamatoria intestinal que estuviera avalada por los médicos de su centro de salud. Así mismo, el 65% estaba dispuesto a pagar incluso una cuota de abono por tener acceso a este servicio.^{2,3}

La búsqueda de información de los pacientes en internet, es solo una pequeña manifestación de un fenómeno conocido como eSalud. Es el término que se ha escogido para definir el uso de las TIC en el ámbito sanitario.

Este movimiento surge de una metamorfosis en la figura de nuestros pacientes que ahora se comportan como sujetos responsables de sus cuidados y con deseo de ganar autonomía.⁴

Sin embargo, sería necesario mantener un control de la calidad de la información disponible, el uso que los pacientes dan a esta información, como se afecta la confianza y la relación entre el paciente y el profesional, los grupos de ayuda donde se intercambian experiencias...⁵

Debido a estas múltiples vertientes de información la Organización Médico Colegial de España puso en marcha un proyecto denominado "Proyecto ACSI", de acreditación de los contenidos sanitarios disponibles en internet.⁷ Los parámetros considerados son:

- Identificación: autoría, institución y responsables de la web.
- Contenidos: actualización y fuentes de información de los contenidos.
- Confidencialidad: las medidas de confidencialidad seguidas por la web y los datos de los usuarios.
- Control y validación: utilización de forma adecuada del sello de calidad concedido. - Publicidad y fuentes de información.
- Consulta virtual (Documento de la Comisión Deontológico).
- Incumplimiento y responsabilidades: detección de problemas en los servicios ofrecidos por la web.⁸

JUSTIFICACIÓN

A raíz de todos estos datos, desarrollamos este estudio para analizar en mayor profundidad la información que reciben los

usuarios de internet y cómo influye en sus condiciones de vida. De este modo, dotar a los pacientes y a los profesionales sanitarios de las herramientas necesarias para filtrar las falsas recomendaciones y fomentar una educación sanitaria basada en la evidencia y de calidad.

MÉTODO Y RESULTADO

El método elegido ha sido un cuestionario autoadministrado de 18 preguntas, con un diseño de estudio descriptivo transversal, con una N de 142 pacientes y con el apoyo de la Confederación de Asociaciones de Crohn y Colitis Ulcerosa de España.

La muestra está compuesta por 80,3% de mujeres y un 19,7% de hombres, siendo la media de edad $37,22 \pm 10,68$. En relación al nivel de estudio la mayoría tenía estudios universitarios o superiores (34,5 %).

En relación a la enfermedad se observa que el tiempo medio desde el diagnóstico es $8,72 \pm 10,68$, dándose la enfermedad de Crohn en un 62 % de los encuestados, la colitis ulcerosa en un 32,40% y únicamente un 5,6 % eran familiares de los pacientes.

En relación a las preguntas desarrolladas en los cuestionarios se describe los siguientes resultados:

¿Considera que recibió información completa y adecuada sobre la enfermedad en el momento del diagnóstico?

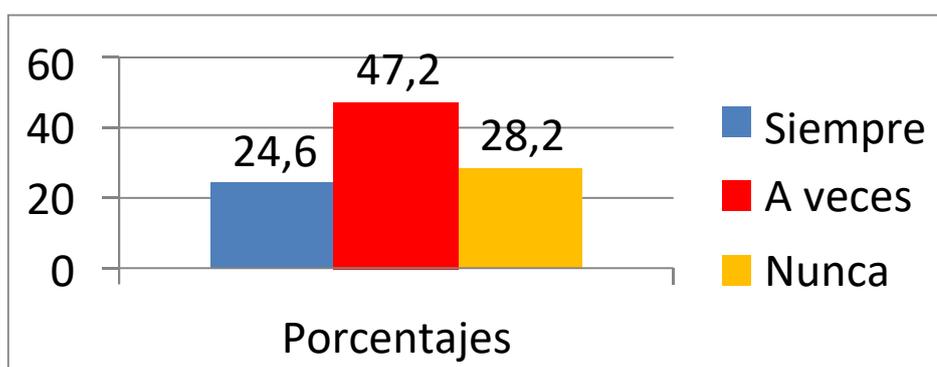


Grafico 1: Frecuencia de información recibida sobre la enfermedad al diagnóstico.

¿Cuál es la fuente de información a la que recurre en caso de dudas sobre la enfermedad?

	Medico	Enfermero	Asociación	Web	Twitter	Facebook	Blog	Otros
Si	73,9%	16,2%	37,3%	53%	1,4%	40,8%	15%	6%

No 26,1% 83,8% 62,7% 46% 98,6% 58,5% 84% 94%

Tabla 1: Frecuencia de la información en caso de duda ante la enfermedad

¿Cuál es la fuente de información a la que recurre en caso de dudas sobre tratamientos?

	Medic o	Enfermer o	Asociació n	Págin a web	Twitte r	Faceboo k	Blog s	Otro s
Si	81,7%	18,3%	24,6%	33,8%	0,7%	28,2%	7%	2%
No	18%	81,7%	75,4%	66,2%	99,3%	71,8%	93%	98%

Tabla 2: Frecuencia relacionadas ante las dudas ocasionadas por el tratamiento.

Resultados relacionados con la web

Los resultados relacionados con la información encontrada en la web muestran que solo un 7% resuelve sus dudas “siempre” cuando consultan la web, siendo mayoritaria la incertidumbre con un 90,1 %. Este dato va en la línea con los resultados relacionados con la información encontrada en las redes sociales ya que solo un 8,5% resuelve sus dudas con este sistema. Otro apartado a destacar es que el 74,6 % de los pacientes contrasta la información encontrada en la web con un profesional sanitario.

En cuanto a los resultados relacionados con la credibilidad se observa los siguientes datos (Grafico 2)

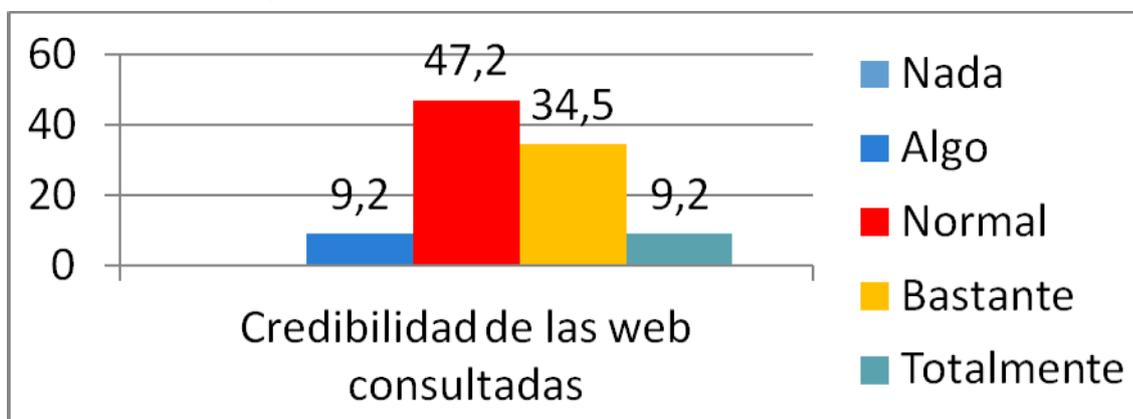


Grafico 2: Del 1 al 5, puntúe la credibilidad de la información

obtenida en internet o redes sociales (siendo 1 “nada creíble” y 5 “muy creíble”)

Este dato último concuerda con los resultados (50%) hallados en la pregunta donde se hace referencia a si información encontrada es contradictoria a la información proporcionada por su médico/enfermero.

En relación a la pregunta “¿Le gustaría que su médico o enfermero le facilitara alguna dirección de Internet donde encontrar información sobre su enfermedad?” el 92 % de los participantes contestó afirmativamente.

¿Sobre qué otros temas busca información en páginas webs o en redes sociales?

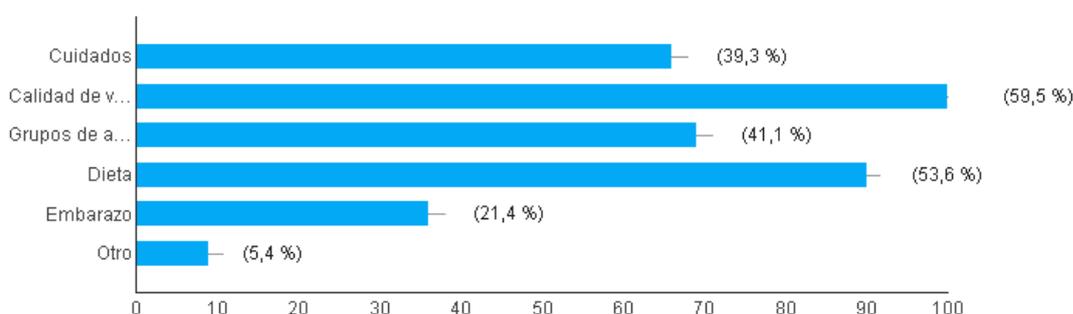


Gráfico 3: Otras informaciones consultadas relacionadas con la promoción de la salud de forma indirecta o directa con su proceso patológico.

Estadística inferencial

Se relaciona mediante el test de Chi cuadrado si hay relación entre si considera que recibió información completa y adecuada sobre su enfermedad en el momento de diagnóstico y el médico ya que es el sanitario más consultado. (Tabla 3)

Tabla 3: Valor de Chi Cuadrado relacionando relación de información recibida y el profesional facultativo.

	Valor χ^2	gl	Sig (valor p)
Chi cuadrado	8.598	2	0.014

DISCUSIÓN

La búsqueda sobre información de salud en internet y canales de comunicación 2.0 es una realidad a día de hoy. Cada vez más, los pacientes no sólo reciben y demandan información del profesional

sanitario, sino que comparan la información recibida con otras fuentes del entorno

2.0. La cantidad de información que se puede obtener en internet es prácticamente ilimitada pero no todas las fuentes son fiables ni seguras.

Este marco es el punto de partida para conocer si los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal hacen uso de los canales de comunicación 2.0, con qué objetivo y sobre qué temas buscan información.

Ya en el estudio de Villaescusa Martínez, Víctor y Sáez Villar, Lorena; *Búsqueda de información sobre salud a través de internet*, se concluye que el 65% de los pacientes usan Internet para informarse sobre salud. Entre los pacientes menores de 60 años lo hacen el 85.5% mientras que entre los mayores de 60 el 24.5%. Un 47.4% se informa antes y otro 47.4% lo hace después de contactar con profesionales (5.2% antes y después). La credibilidad media es de 5.67 puntos sobre 10. Los autores destacan que la credibilidad otorgada a esa información no es muy alta, por lo que es necesario un mayor control de la información existente, así como una educación sanitaria correcta, adecuada y continuada por parte de los profesionales.

Confrontando nuestros resultados con los de este estudio, observamos cómo la tendencia a otorgarle poca confianza a la información encontrada en internet se mantiene cuando se le pregunta a los encuestados sobre la calidad de la información y la posible contradicción entre lo encontrado en internet y lo explicado por el profesional sanitario (51,2% asegura haber encontrado información contradictoria vs un 48.8%). Sin embargo, cuando se pide que puntúen la credibilidad de la información encontrada en internet (1 nada creíble, 5 muy creíble) encontramos cómo el 47% otorgan un 3 y el 33% otorgan un 4 con lo que podemos deducir que los pacientes con EII otorgan más credibilidad que otros pacientes con otras patologías.

Por otro lado, Jiménez Pernet et al. evidencia la importancia de las comunidades virtuales como facilitadoras de apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de autoayuda. En su estudio señala que en España casi un 31% (año 2005) de los usuarios de Internet participa en comunidades virtuales de algún tipo a través de foros y mensajería instantánea y si confrontamos estos datos con los obtenidos vemos como los datos son muy superiores a la tendencia que se señalaba en 2005 puesto que el 96,4% de los pacientes con EII forma parte de alguna comunidad virtual.

Además, Jiménez Pernet et al. también se evidencia una evolución ascendente al uso de internet en todos los ámbitos y edades que se ve continuada en nuestro estudio puesto que el 61,4% de los

encuestados tiene un nivel de estudios igual o superior a bachillerato, manteniéndose las edades más jóvenes (quizás por la edad de debut de la enfermedad) entre 22 y 44 años.

CONCLUSIONES

Tras analizar todos los datos, finalmente hemos llegado a la conclusión de que las fuentes más consultadas sobre la enfermedad son el médico (73,9%) , las páginas web (53,5%) y Facebook (40,8%). Más del 80% de los encuestados queda satisfecho con la información recibida y le dan un grado de fiabilidad bastante significativo a pesar de que el 50% de ellos ha encontrado discrepancias entre el uso de la web y la información médica. A parte del tema de su enfermedad, las búsquedas se centran en torno a la necesidad de calidad de vida, dieta, cuidados del paciente y embarazo.

Como prospectiva de este estudio recomendamos a los profesionales conocer la existencia de páginas que cuentan con la acreditación ACSI extendida a aquellas web con contenido sanitario para garantizar una calidad y seguridad sobre los datos ofrecidos basándose en la evaluación de unos criterios establecidos.

REFERENCIAS

1. Centro médico - quirúrgico de enfermedades digestivas [Internet]. Madrid: CMED. Flecha; c2013 [04 marzo 2016, 09 marzo 2016]. Unidad Integral de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Disponible en: <http://www.cmed.es/enfermedad-inflamatoria-intestinal.php>
2. Panés , J. De Lacy, AM . Sans, M. Soriano, A. Piqué, JM. Elevado índice de consultas por Internet de los pacientes catalanes con enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol . 2002; 25(5):306-9.
3. Ortego Centeno, N. Barnosi Marín, A.C. Simeón Aznar, CP. Ortego Jurado, M. Search for Information on the Internet by Patients with Chronic Autoimmune Diseases in Different Spanish Populations. Med Clin. 2009; 133(12): 467-471.
4. Lupiáñez Villanueva, F. Salud e internet: más allá de la calidad de la información. Rev Esp Cardiol. 2011; 64(10):849-850.
5. Powell, JA. Lowe, P. Griffiths, FE. Thorogood , M. A critical analysis of the literature on the Internet and consumer health information. J Telemed Telecare. 2005;11(1): 41-3.
6. San Norberto, E. Taylor, J. Salvador, R. Revilla, A. Merino, B. Vaquero, C. Calidad de la información

disponible en internet sobre el aneurisma de aorta y su tratamiento endovascular. Rev Esp Cardiol. 2011;64(10):869–875

7. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España [Internet]. Madrid: OMC; c2011 [01 enero 2016, 09 marzo 2016]. Acreditación de Contenidos Sanitarios en Internet (ACSI). Disponible en: <http://www.cgcom.es/tecnologica/acsi>
8. Mayer, MA. Web Mèdica Acreditada. Programa de acreditación de webs sanitarias del Colegio Oficial Médicos de Barcelona. Colegio. Nethealth. http://wma.comb.es/Upload/Documents/Mayer_WMA_nethealth_36.pdf
9. Jiménez Pernet J., García Gutiérrez J.F., Martín Jiménez J.L., Bermúdez Tamayo C. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. UOC Papers. (Internet). 2007. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf>.

Uso de red social para la promoción de la salud en la maternidad.

Raquel Martín- Martín¹
Santiago Lardelli- Picallos²
María Alba -Pérez Romero³

¹ Matrona. Enfermera Especialista en Pediatría

²Enfermero.Podólogo

³Enfermera Especialista en Pediatría

raquelmartin89@hotmail.es

PALABRAS CLAVE: enfermería, internet, red social.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la gestión de la información ha sufrido un cambio importante. Las redes sociales cada vez más, cobran una gran importancia en la vida de las personas. Si fusionamos lo anterior, redes sociales con gestión de información, se nos brindan una oportunidad única para gestionar información basada en la evidencia a través de las redes sociales, de modo tal que podemos alcanzar a una amplia población a través de un lenguaje sencillo y estructuras atractivas.

OBJETIVO

Describir el alcance y la difusión de los contenidos publicados en una página de una red social.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre los resultados analíticos de la Comunidad “El Rincón de Raquel- matrona” en Facebook.

El ámbito de estudio ha sido dicha comunidad y la población constituye todas aquellas personas que se habían suscrito a la página en el momento de la medición, a través del botón “me gusta” (N= 235)

Los datos se han recogido durante un periodo de 15 días, coincidiendo con la creación de la comunidad. Se han agrupado las variables estudiadas en: usuarios e interacciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Usuarios: 235 personas siguen la página, el 78% son mujeres y el 22% hombres (tabla 1). Por edad, el 75% tiene una edad comprendida entre los 25-44 años, en concreto, el 37% de las personas tiene entre los 25-34 años de edad y un 38% entre 35-44 años (tabla 2). El 76.4% de los usuarios viven en la provincia de Sevilla.

El dispositivo móvil es el medio más frecuente para conectarse, supone un 92% de las visitas de la página.

Interacciones: Las publicaciones han tenido un alcance de 2.096 personas. El contenido más visualizado corresponde al título “Y ahora en casa ¿qué hago con el cordón?”, seguido de “El tacatá, ¿por qué no usarlo?”. La página ha recibido un total de 26 mensajes de dudas, de los cuales el 40% suponían dudas de abuelas.

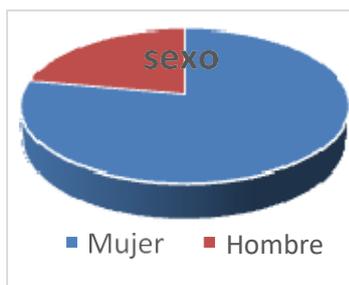


Gráfico 1. Sexo de los usuarios.

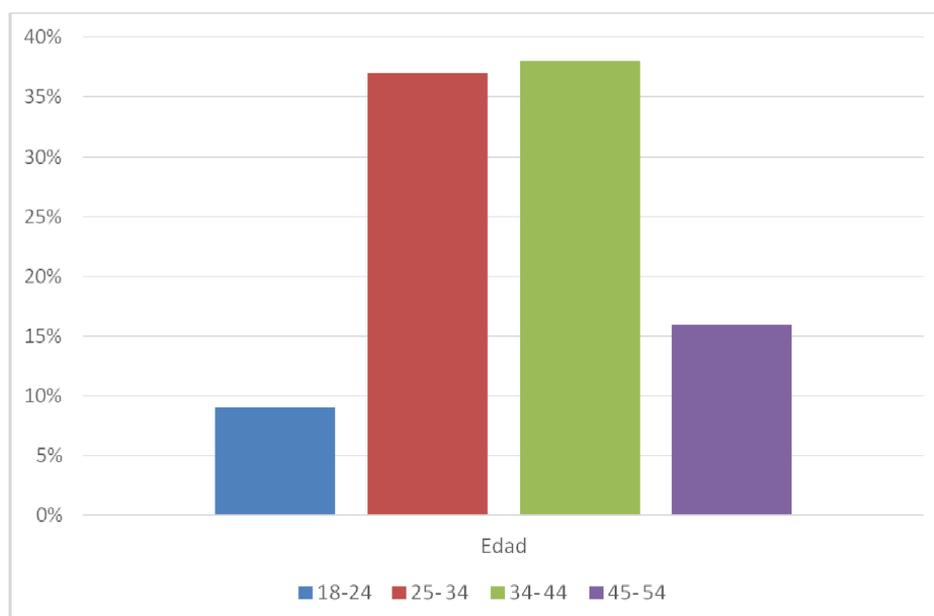


Gráfico 2. Edad de los usuarios.

CONCLUSIONES

Las comunidades de Facebook suponen una vía para acceder de forma rápida a una gran población, además esta herramienta es gratuita, por tanto, supone un recurso más para la enfermería que nos permite ser visibles también en la web.

Cabe resaltar la rápida difusión de la información compartida en esta red, que en un periodo de 15 días ha tenido un alcance de 2.096 personas sin utilizar estrategias de marketing. Por otro lado, también es de destacar que el 38% de los usuarios tiene una edad comprendida entre los 45- 54 años, que han tenido una alta participación siendo el 43% de los mensajes enviados de abuelas que presentaban dudas en cuanto al cuidado de sus nietos. La situación laboral y económica actual repercute en el aumento del tiempo que pasan los abuelos con sus nietos, lo cual también se refleja en las redes sociales.

REFERENCIAS

1. Santillán García A., Cornejo Marroquín C., Ausín Lomas S. Las Fan Page de Facebook como medio de difusión de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Enferm. glob*; 2012. 11(28): 74- 81.
2. Lorca J, Jadad A. ¿Salud 2.0? *Revista e Salud*. 2009; 5(19).
3. Anderson P. What is Web 2.0? Ideas, technologies and implications for education. *JISC Technology and Standards Watch*. 2007.
4. Castañeda Quintero, L. Software social para la escuela 2.0: más allá de los Blogs y las Wikis. 2011. En: *Inclusión Digital en la Educación Superior: Desafíos y oportunidades en la sociedad de la Información*. X Congreso Internacional EDUTEC.
5. Ribes, X. La Web 2.0. El valor de los metadatos y de la inteligencia colectiva. *Rev. Telos*. 2007. N° 73.

Sanidad 2.0: nuevo escenario de cuidados

Carlota Cortés-Salas¹
Sara Díaz-Castro²
José Antonio Jiménez-Ramos³
M^a Carmen Torrejón-Guirado⁴

¹⁻⁴Estudiantes de 3º Curso Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Unidad Docente Macarena) de la Universidad de Sevilla.

maricarmentorrejon@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: búsqueda bibliográfica, estudio descriptivo, aplicaciones móviles, Sanidad 2.0

INTRODUCCIÓN

Internet y las redes sociales son un buen lugar para resolver dudas y para compartir conocimiento. Las herramientas 2.0 son útiles para los profesionales de la salud gracias a que potencian una mejor comunicación entre niveles asistenciales, facilitan la formación continua y permiten aplicar las mejores prácticas en la actividad asistencial. Es por eso que ha aparecido con fuerza una nueva área dentro del ámbito de la eSalud: la llamada Salud 2.0.¹ Sin lugar a dudas la e-salud, está en pleno auge. Este es el término con el que se define al conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que se emplean en el entorno sanitario. Es un sector que está creciendo en todo el mundo, por tanto, la innovación y la “reinención” por parte del personal sanitario, debe ser constante.¹

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer el uso de los Sanidad 2.0 que realizan los estudiantes de la Universidad de Sevilla.

Objetivos específicos:

Conocer el concepto de eSalud: Sanidad 2.0 y su impacto en la sociedad, en el contexto español.

Identificar las aplicaciones móviles más utilizadas por estudiantes de enfermería/estudiante de otros grados para buscar información de salud, así como la valoración que realizan de su credibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio en dos fases:

Por un lado, se realizó una revisión bibliográfica, localizando referencias sobre el concepto de eSalud y su impacto. Para ello, hemos utilizado bases de datos como Dialnet, Scielo, ... donde hemos trabajado diversos artículos de corte científico, así como informes encontrados en sitios web con evidencia científica o instituciones, utilizando límites de tiempo.

Por otro lado, se desarrolló un estudio piloto, descriptivo, que consistió en un cuestionario realizado el 25 de febrero de 2016 (Anexo 1) que se entregó aleatoriamente a una muestra de 20 sujetos, concretamente de 10 hombres y 10 mujeres, estudiantes de grado de la Universidad de Sevilla, de los cuales 10 estudiantes (5 mujeres y 5 hombres) pertenecen al Grado de Enfermería y los restantes (5 mujeres y 5 hombres también) son estudiantes de otros grados no sanitarios.

Se tuvo en cuenta las variables Sexo y Grado en el que está matriculado recogiendo información acerca de la instalación de apps de salud en dispositivos móviles, qué tipo de apps, si les resultan útiles, y si ven necesario la regulación por un organismo o fin de facilitar fiabilidad y seguridad en los usuarios, comparando las diferencias de género y en cuanto a la matriculación en grado de Enfermería u otros de la Universidad de Sevilla. Una vez analizados los resultados, se elaboraron gráficas para una mejor representación visual.

RESULTADOS

En respuesta al primer objetivo específico:

La Sanidad 2.0 es entendida como un nuevo escenario en el que internet permite la creación de comunidades y la generación de nuevos entornos de interacción de profesionales y de pacientes, herramientas innovadoras en formación de profesionales sanitarios, investigación, etc. ²

Engloba aplicaciones en el sector salud como wikis, blogs, comunidades, espacios virtuales. Un apartado especial merece las aplicaciones para dispositivos móviles, que han empezado a ser considerados vehículos clave para la gestión de la salud por parte de la ciudadanía. ²

Según datos recogidos por red.es, entidad pública empresarial dependiente de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y

para la Sociedad de la Información (SETSI) y del Ministerio de Industria, Energía y Turismo (MInETur) español, el 50% aproximadamente de los internautas buscan información en la red sobre salud, enfermedades o problemas que les tienen preocupados. Por otro lado, se observa que un 80% de los pacientes que acuden a las clínicas, reconocen que valoran más a su médico si emplea el ordenador o cualquier otro aparato electrónico. En cuanto a las redes sociales, Twitter no ofrece demasiada credibilidad. Sin embargo, la creación de una página/blog por parte de un médico o institución académica y/o sanitaria tiene una credibilidad de más del 70%.

La OMS tiene una página de Facebook, una cuenta de Twitter y una sección en YouTube, al igual que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, varios ministerios de salud, universidades que ofrecen cursos de salud pública y muchos científicos y escritores sobre temas de salud.³

Rajiv Rimal, profesor y Director del Departamento de Prevención y Salud Comunitaria en la Escuela de Salud Pública de la Universidad George Washington, destaca la importancia de la "credibilidad de la fuente". No todos los usuarios verifican las fuentes, y muchos se pueden ver confundidos por la enorme cantidad de información contradictoria que existe.³

Por último, debemos decir que existen redes sociales lideradas por profesionales de la salud como Neomed⁶, red social profesional exclusiva para médicos.

En el ámbito enfermero encontramos a profesionales como José María Cepeda, Azucena Santillán o Carmen Villar, entre otros.⁴

En primer lugar, José María Cepeda entiende la necesidad de integración entre enfermería y redes sociales y por ello es autor también del Manual de Inmersión 2.0.⁵, compaginando su trabajo como enfermero de emergencias de SACYL con su exitosa cuenta de Twitter y sus dos blogs "Salud Conectada" y "El Efecto Pigmalión", además de contar con perfiles en Facebook, Instagram, Youtube y Google+.⁴

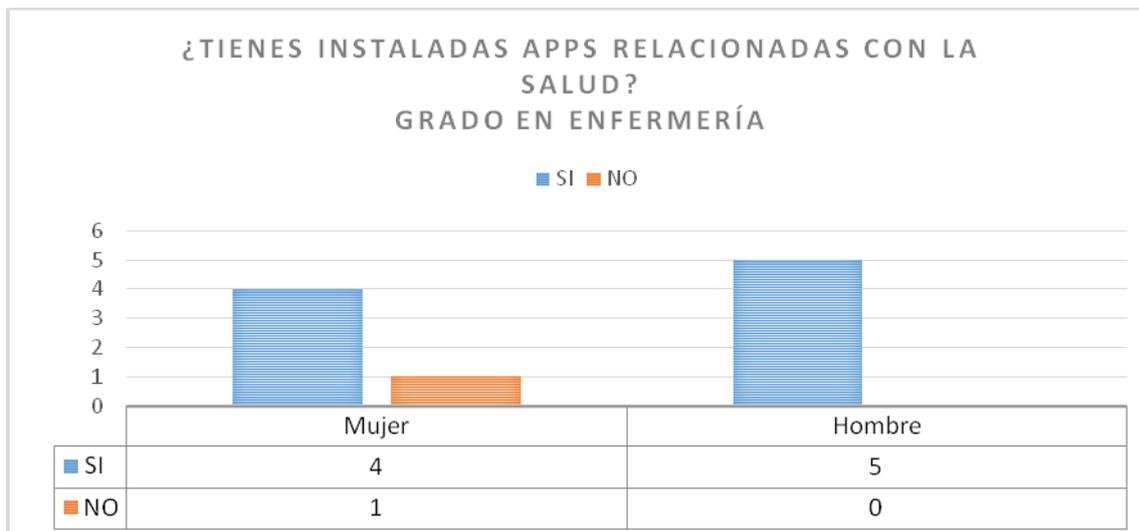
Por otro lado, Azucena Santillán es enfermera en la unidad de cardiología del Hospital Universitario de Burgos, consultora, project manager y docente en SaluPlay, se encuentra convencida de la importancia de basar su práctica diaria en evidencias científicas, por ello divulga información relacionada con este tema en redes sociales, además de dar cursos y talleres. Tiene cuentas en Twitter, Facebook, LinkedIn, Flickr, además de su página web Ebevidencia.⁷

Por último, Carmen Villar cuenta con perfiles en Facebook y

Twitter, además de contar con un blog donde publica contenidos sobre enfermería, control de infecciones, prevención y temas relacionados.⁴

En respuesta al segundo objetivo específico:

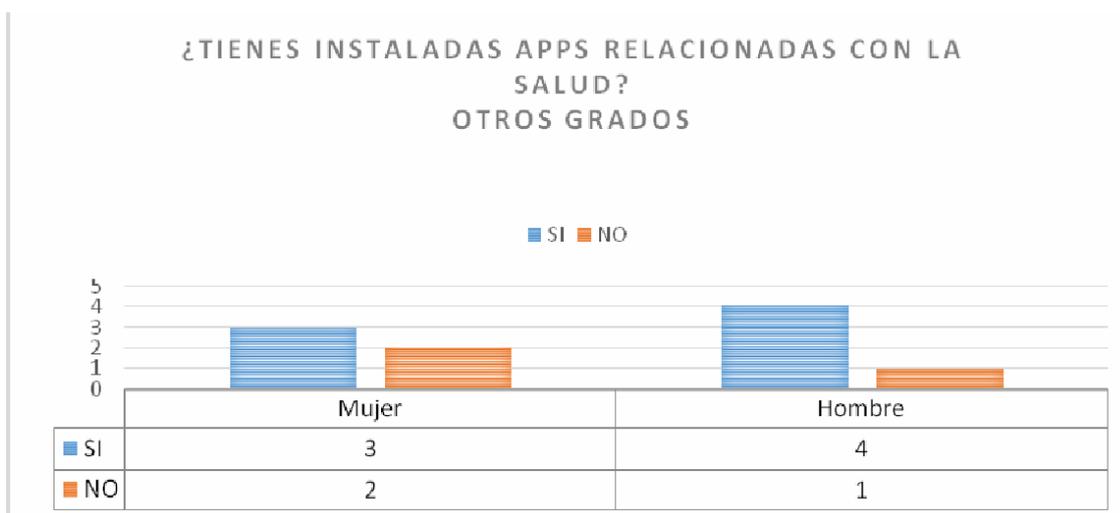
Respecto a los cuestionarios administrados, a la pregunta de si



tienen instaladas APPS relacionadas con la salud en alguno de sus dispositivos móviles, observamos que el 80% de las mujeres y el 100% de los hombres estudiantes del grado de enfermería tienen instalada alguna APP de salud.

Sin embargo, entre los estudiantes de otros grados:

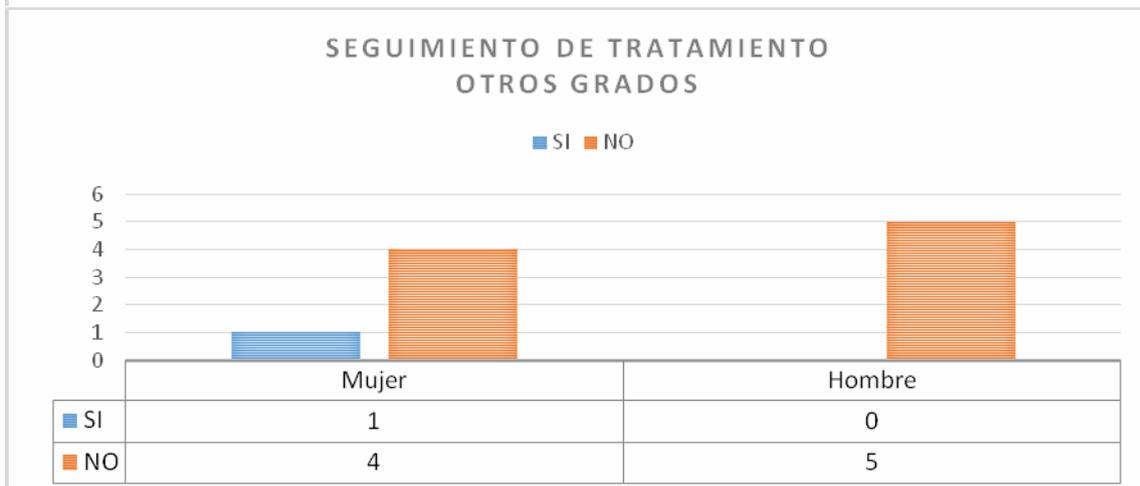
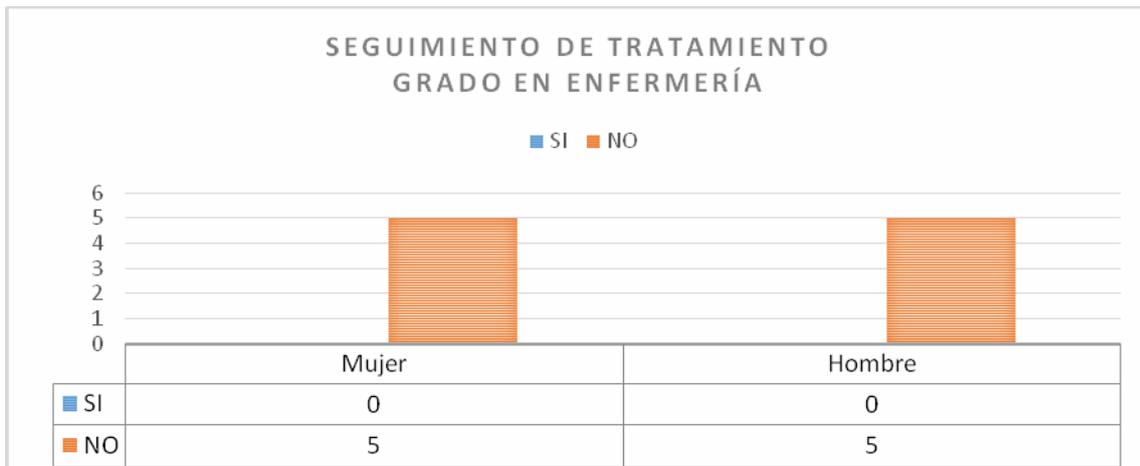
El 60% de las mujeres y el 80% de los hombres afirman tener una aplicación relacionada con la salud instalada en alguno de sus dispositivos móviles.



En cuanto al tipo de aplicación que tienen instalada:

El 100% de los estudiantes de enfermería no tienen aplicaciones sobre

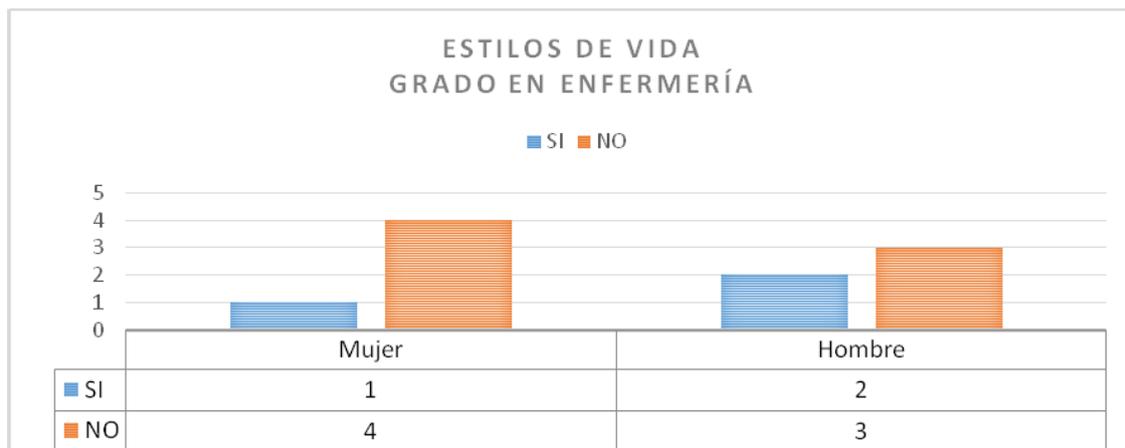
seguimiento de tratamiento. Por otro lado, entre los estudiantes de otros grados, el 20% de las mujeres refiere tener instalada una aplicación de seguimiento de tratamiento, mientras que el resto no.

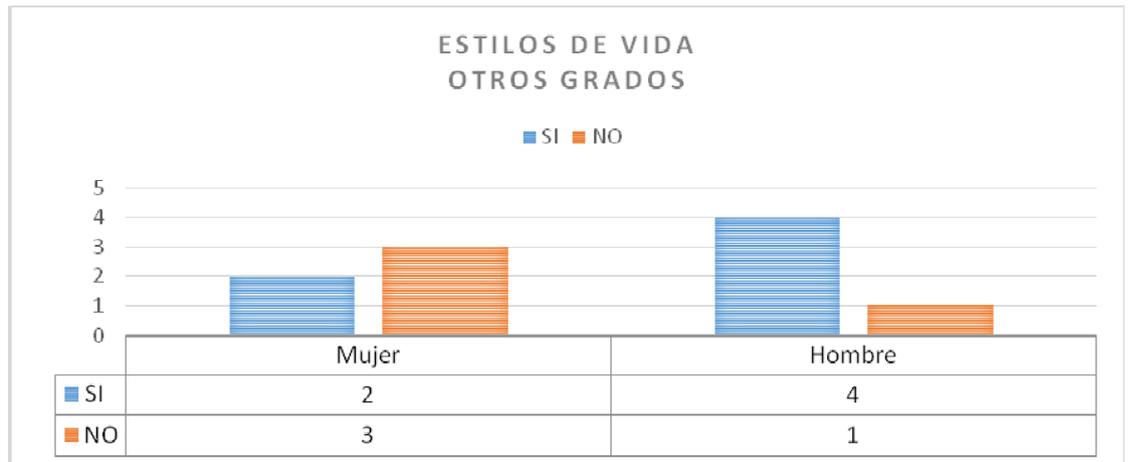


El 60% de las mujeres y el 20% de los hombres que estudian enfermería tienen una aplicación relacionada con la monitorización de constantes. El 40 % de las mujeres de otros grados afirma tener una de este tipo.

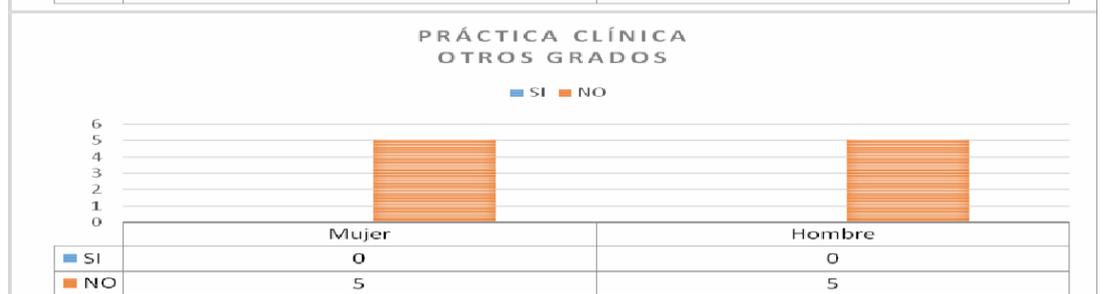
Respecto a las aplicaciones relacionadas con el estilo de vida:

El 80% de las mujeres y el 60 % de los hombres estudiantes de enfermería tienen una de este tipo instalada. En cambio, entre los estudiantes de otros grados, un 20% de las mujeres y un 40 % de los hombres utiliza aplicaciones relacionadas con el estilo de vida.

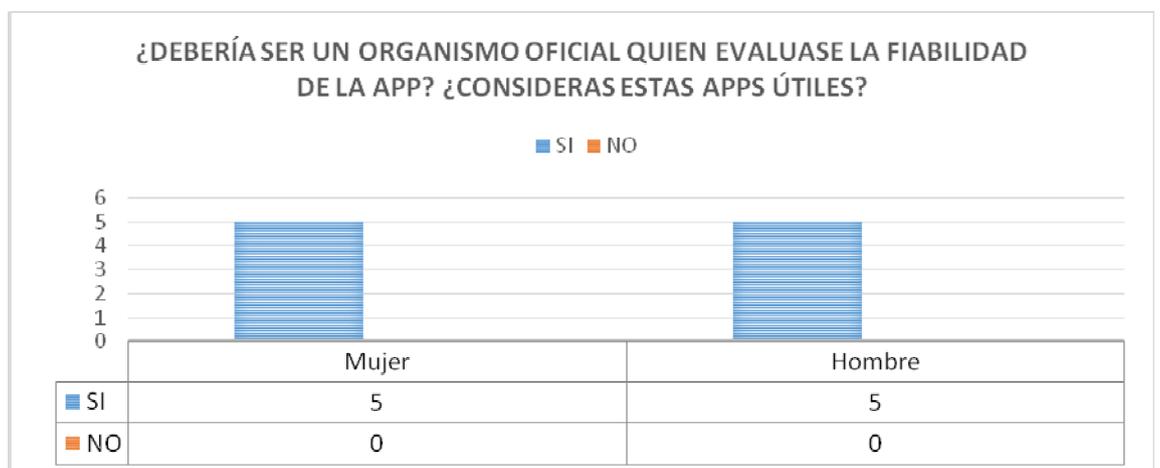




Las aplicaciones relacionadas con la práctica clínica son usadas sólo por estudiantes de enfermería. Un 60% son mujeres y un 80% hombres.



Finalmente, el 100% de los encuestados coinciden en la importancia de que un organismo oficial regule la fiabilidad de todas las aplicaciones relacionadas con la salud y en la utilidad de todas ellas.



DISCUSIÓN

Respecto al estudio descriptivo, observamos que las aplicaciones de salud son utilizadas por la mayor parte de los encuestados, sobre todo las relacionadas con estilos de vida saludable. Seguramente debido a la importancia que actualmente se le da al físico, que lleva a controlar la dieta y a realizar ejercicio para perder peso. Las aplicaciones de seguimiento de tratamiento no son utilizadas entre los encuestados quizás por el desconocimiento de su existencia o porque ninguno lo requiera.

Si en algo coinciden todas estas aplicaciones es en el hecho de que sus soluciones son herramientas que facilitan al usuario su día a día, así como que en ciertos momentos pueden ser utilizadas como guía, aunque todas ellas recuerdan al paciente que la responsabilidad final es del propio usuario.

CONCLUSIONES

Sanidad 2.0 ha logrado que las aplicaciones móviles sean consideradas vehículos clave para la gestión de la salud.

Respecto al estudio descriptivo, podemos concluir que la mayoría de los adolescentes entrevistados usan aplicaciones móviles relacionadas con la salud.

No todos verifican las fuentes de donde obtienen la información, aunque apoyan que deban estar evaluadas por expertos evidenciados científicamente. El Distintivo AppSaludable (ACSA) es el primer distintivo en español que reconoce la calidad y seguridad de las apps de salud.⁸

REFERENCIAS

1. TicSalut. Tecnología, innovació i salut. eSalud. Mataró: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. [Online] [citado 24 Febrero 2016] Disponible en: http://www.ticsalut.cat/innovacio/esalut/es_salut20/
2. El ePaciente y las redes sociales. Fundación Vodafone España. www.salud20.es. [Online].
3. Organización Mundial de la Salud. Desigual acogida de los medios sociales por parte de los especialistas de la salud pública. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2011 Noviembre; 89(11).
4. Blog de ippok. Comunidad Sanitaria. ippok.com. [Online].; 2015 [citado 24 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.ippok.com/blog/enfermeria-y-redes-sociales-los-enfermeros-mas-influentes/>.

5. Cepeda JM. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de Salud. Salud Conectada; [Online] 2014 [citado 24 Febrero 2016] Disponible en:http://www.clubgertech.com/wp-content/uploads/2015/05/Manual_Inmersion_Salud_v2Nov2014.pdf
6. Neomed: la red social profesional para médicos. En Genérico. Por tu salud, por la de tod@s. engenerico.com. [Online].; 2013 [citado 24 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.engenerico.com/neomed-la-red-social-profesional-para-medicos/>.
7. Santillán A. Enfermería Basada en la Evidencia. Eevidencia.com. Redes sociales basadas en evidencias. [Online].; 2014 [citado 24 Febrero 2016]. Disponible en: <http://eevidencia.com/archivos/2787>.
8. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Distintivo AppSaludable. Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud. [Online].; 2012 [citado 24 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.calidadappsalud.com/distintivo-appsaludable/>.
9. Salinas V. Recibir un diagnóstico de enfermedad y acudir a Internet: ¿qué nos cuenta la red? Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2015 Enero-Junio; 41(01).
10. BBVA. Informe Ideagoras. Salud y Redes Sociales. BBVA Innovation Center; 2011.
11. Vasco G. Innovación y redes sociales en el sector salud. Bilbao: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo; 2009.
12. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La OPS/OMS y el uso de las redes sociales. Washington DC: WHO, PAHO; 2011.

Uso de WhatsApp, como herramienta de comunicación entre enfermeros de un mismo centro de salud.

Noelia Gutiérrez-García¹

¹*EIR de FYC en UGC Ribera del Muelle*

noeliagutierrezgarcia17@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Enfermería en Salud Comunitaria, Medios de Comunicación, Desarrollo Tecnológico, Teléfonos Celulares

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la microelectrónica, la informática y las telecomunicaciones han dado lugar a lo que de modo general se ha denominado las nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), las cuales se están introduciendo constantemente en todos los ámbitos de nuestra vida: social, laboral, personal, etc. Estas también se encuentran fuertemente vinculadas a los cambios económicos, políticos y sociales de nuestra época.

Con la aparición de teléfonos móviles con acceso a internet, han aparecido numerosas aplicaciones, a las cuales miles de usuarios tienen acceso. Una de las más demandadas es la aplicación WhatsApp, que actualmente cuenta con más de 900 millones de usuarios activos. WhatsApp es una aplicación de mensajería instantánea, para enviar y recibir mensajes mediante Internet, complementando servicios de correo electrónico, mensajería instantánea, servicio de mensajes cortos o sistema de mensajería multimedia. Además de utilizar la mensajería en modo texto, los usuarios de la libreta de contacto pueden crear grupos y enviarse mutuamente, imágenes, vídeos y grabaciones de audio.

Actualmente, en muchos trabajos se usa esta aplicación como método de comunicación entre los diferentes profesionales. Con este estudio descriptivo, pretendemos conocer preferencias a la hora de recibir información, utilización del WhatsApp como herramienta de comunicación entre los enfermeros y uso de WhatsApp en horas de trabajo.

OBJETIVO

El objetivo general que nos proponemos es conocer el uso de WhatsApp, como herramienta de comunicación entre enfermeros

de un mismo centro de salud. Como objetivos específicos nos proponemos conocer la opinión de los profesionales acerca de la inclusión de WhatsApp, como método de comunicación. También queremos conocer si actualmente ello lo usan como tal.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Durante la práctica diaria, hemos detectado la inclusión del WhatsApp como medio de comunicación entre los diferentes profesionales de enfermería.

Primero hemos realizado una revisión bibliográfica con los descriptores de ciencia de la salud (DeCS): Enfermería en Salud Comunitaria, Medios de Comunicación, Desarrollo Tecnológico, Teléfonos Celulares y los Medical Subject Headings (MeSH): Community Health Nursing, Communications Media, Technological Development y Cell Phones. Realizándose dicha búsqueda en bases de datos: Pubmed, Cuiden plus, Scopus, Cinalh, EBN online y se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google Académico.

A continuación, hemos captado para el estudio enfermeros de atención primaria de 6 centros de atención primaria, del distrito sanitario Bahía de Cádiz- La Janda, obteniendo una muestra total de 64 individuos (29 mujeres y 35 hombres). Descartamos dos hombres y una mujer, ya que no tienen la aplicación, quedándonos con una muestra de 61 individuos (28 mujeres y 33 hombres)

Para la elaboración del presente trabajo, hemos realizado un estudio transversal, de tipo descriptivo, apoyándonos en una encuesta repartida a los enfermeros, en la que se recogía la edad, preferencias a la hora de recibir información, utilización del WhatsApp como herramienta de comunicación entre los enfermeros y uso de WhatsApp en horas de trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tras la realización de la encuesta, hemos obtenidos los siguientes resultados.

Preferencias a la hora de recibir información:

- El 31,14% de los profesionales prefieren recibir la información por otros compañeros: siendo 63,15% mujeres y 36,85% hombres.
- El 9,83% de los profesionales prefieren recibir la información por documentación escrita: siendo 50% mujeres y 50% hombres.
- El 4,91% de los profesionales prefieren recibir la información por correo electrónico: siendo 33,33% mujeres y 66,67% hombres.
- El 45,88% de los profesionales prefieren recibir la

información por WhatsApp: siendo 36, 36% mujeres y 63,64% hombres.



Utilización del WhatsApp como herramienta de comunicación entre los enfermeros:

El 88,52% de los profesionales utilizan WhatsApp para recibir la información: siendo 44,44% mujeres y 66,66% hombres.

El 11,48% de los profesionales no utilizan WhatsApp para recibir la información: siendo 57,14% mujeres y 42,86% hombres.



Uso de WhatsApp en horas de trabajo

El 100% de los profesionales utilizan WhatsApp en horas de trabajo: siendo 45,90% mujeres y 54,10% hombres.

El 0% de los profesionales no utilizan WhatsApp en horas de trabajo.

Tras valorar los resultados, vemos que los profesionales ya usan el WhatsApp, como herramienta de comunicación entre ellos, pero solo el 45,88% prefieren tener las comunicaciones de trabajo por esa vía. A pesar de ello, el 100% de los profesionales un whatsApp en horas de trabajo.

CONCLUSIONES

Es importante que tengamos la mente abierta ante los cambios que van surgiendo en la sociedad y sepamos aprovecharlos, El whatsApp, actualmente, es una de las aplicaciones más utilizadas en todo el mundo. Cada día es más raro, que las personas no utilicen el móvil en horas de trabajo. Nos parece muy útil utilizar esta aplicación, para comunicar la información del trabajo. Aun así, al ser una aplicación muy utilizada también para la vida social y personal de cada persona, tiene es aspecto negativo de mezclar el ámbito laboral como el personal. Pensamos que poniendo unos límites bien marcados entre todos los compañeros, puede ser muy útil para facilitar el trabajo y la comunicación entre los compañeros de trabajos.

Los canales de comunicación se han modificado y como profesionales de la salud debemos tener abiertos esos canales con sus nuevas formas de comunicar para facilitar el acercamiento a las nuevas demandas sociales, las coordinadas espacio y tiempo deben acortarse y las TIC pueden facilitarlos.

REFERENCIAS

1. Antolín, R., Fernández, M.A. y Rodríguez, C.V. (1997). «Comunicación entre enfermera/o- paciente». *Enfermería Científica*, Nº 182-183: 78-80.
2. León, J.M. y Jarana, L. (1990): *Habilidades sociales en el trabajo de enfermería*. Madrid: FUDEN
3. León, J.M., Medina, S., Cantero, F.J., Gómez, T., Barriga, S., Gil, F. y Loscertales, F. (1997): *Habilidades de información y comunicación en la atención al paciente*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

Internet, conectados y enganchados

Reyes Cordero Fernández¹

Salud Pino Gómez²

Eva Macarro Molina³

¹*DUE en clínica Santa Isabel. Sevilla y colegio Ceu San Pablo. Sevilla*

²*DUE en clínica Viamed. Sevilla*

³*DUE*

reyesc83@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Dependencia, adicción, redes sociales, Internet, consecuencias para la salud.

INTRODUCCIÓN

Las tecnologías de la información y la comunicación están en constante evolución y en los últimos años se han hecho hueco en nuestras vidas cotidianas, convirtiéndose en una necesidad básica, causando gran preocupación debido a sus consecuencias tanto físicas, emocionales y sociales.

Los Smartphone y las tarifas planas han hecho posible el acceso a Internet en todo momento, que tengamos información instantánea a la mano, que estemos interconectados y disfrutemos de un sinfín de aplicaciones que nos facilitan la vida, pero ¿cuál es el límite?, ¿cuántas horas dedicamos a consumir productos en la red?, ¿el uso de Internet condiciona nuestras actividades?, ¿cómo han cambiado nuestros hábitos? ¿Es nocivo para nuestra salud? Éstas y otras preguntas nos ha llevado a plantearnos si podemos hablar de una adicción a Internet en los mismos términos que lo hacemos para otras adicciones y si es así, qué consecuencias tiene sobre nuestra salud y que factores predisponen a la adquisición de una conducta de riesgo.

OBJETIVOS

Aunar la información disponible acerca la adicción a Internet, sus formas, factores de riesgo y consecuencias.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos científicos y originales, incluidos en la bases de datos Pubmed, Scopus, Cuiden, CLNAHL que contengan en su título o resumen los descriptores: “dependencia”,

“adicción”, “Internet” y “redes sociales”. Después de una visión general de los artículos se relacionaron con “consecuencias negativas” y “factores predisponentes”.

DISCUSIÓN

La primera descripción científica de un joven que desarrolló graves problemas psicosociales debido a su uso excesivo de Internet fue realizada por Young (1996) mediante un test que incluye 6 factores: la prominencia, el uso excesivo, el abandono del trabajo, de expectativas, falta de control y el abandono de la vida social. ^(1,17) Posteriormente fue seguido por un número creciente de estudios. Hoy en día, existe una relativamente amplia literatura sobre la fenomenología, la epidemiología de diferentes países, y la comorbilidad de un uso problemático o patológico de Internet ⁽⁴⁾. Las tasas de prevalencia de la adicción en los últimos años tienen una amplia variedad del 0,8 en Italia al 26,7% en Hong Kong. ⁽¹⁾ Aunque si es cierto que el uso total de las redes sociales se ha incrementado de tal manera exponencial en los últimos años llegando a considerarse un fenómeno global de consumido. Hoy en día, más de 500 millones de usuarios son participantes activos en el Facebook y los estudios sugieren que entre el 55% y el 82% de los adolescentes y jóvenes utilizan redes sociales de manera muy regular. ⁽³⁾

Existen investigaciones que describen el paralelismo que existe entre la adicción a Internet (AI) y otras adicciones, compartiendo un mecanismo neurobiológico similar ⁽¹⁶⁾. Los defensores de la AI como un trastorno independiente, usan como criterios diagnósticos las características clásicas de la adicción: modificación en el estado de ánimo, tolerancia a la retirada, conflicto, empeoramiento de TDAH, ⁽¹⁸⁾ recaída e incapacidad para cortar y pérdida de interés por otras actividades llevando incluso a aislarse socialmente ^(5, 13,19). Además proponen clasificar la AI subtipos según el contenido de las búsquedas (pornografía, juegos de azar, redes sociales)⁽¹³⁾ Desde punto de vista fisiológico se pudo observar cómo reaccionan los usuarios de Internet en general y de redes sociales en particular, cuando en un estudio reciente utilizando test psicofisiológicos como la electromiografía facial constató que resultó muy placentera la búsqueda de información en los perfiles de los amigos, incluso más que en la navegación en general, ⁽³⁾ liberándose neurotransmisores como la Dopamina^(1,16) activando el sistema del apetito primario, y cambios estructurales en el grosor de la corteza cerebral aumentando el riego sanguíneo cerebral⁽¹⁶⁾ relacionado con la experiencia agradable cuando se realiza la búsqueda en redes sociales o Internet. De la misma manera que ocurre en personas que sufren otras adicciones.

No hay que olvidar que a nivel motivacional ⁽³⁾ también se pudo

observar que los factores sociales vinculados al uso de las redes sociales o Internet eran altísimos, como mantenerse en contacto permanente con amigos o formar parte de una comunidad, se relacionó positivamente como uno de los factores de mantenimiento de la conducta.

Los factores que predisponen a las personas a tener un consumo abusivo de Internet; parece apreciarse una mayor adicción en personas con determinados desórdenes de aspectos de la personalidad como la timidez, depresión, neurosis, ansiedad, baja autoestima, vulnerabilidad al estrés^(2,3,5), estilo de educación de los hijos, actitudes paternas, crianzas permisivas⁽¹⁹⁾, siendo distintos para cada tipo de consumo (juegos online, redes sociales, compras online, etc.), aunque todos tienen en común ciertos rasgos de la personalidad, como mayor impulsividad y personalidad adictiva, teniendo en cuenta que algunas adicciones como los juegos de azar online, se apoyan en Internet, pero no constituyen en sí una adicción a Internet.^(13, 15)

Existen investigaciones que afirman que la adicción a Internet es una manifestación subyacente de otros trastornos psicopatológicos, entre ellos el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), la depresión, la ansiedad, la agresión, la hostilidad, el uso de sustancias adictivas, el trastorno bipolar, los trastornos de la personalidad, los trastornos de alimentación, la atención y la hiperactividad entre otros, cuyo tratamiento mejorará la adicción a Internet. Cuando la adicción a Internet es subyacente del TOC, las obsesiones se perciben como síntomas egodistónicos, que causan ansiedad y malestar, cuando hablamos sólo de adicción a Internet, su uso prolongado se experimenta como síntomas egosintónicos correspondientes al placer e incluso la euforia.⁽¹³⁾

En cuanto a los resultados encontrados de las consecuencias de la adicción a Internet queremos resaltar a nivel cerebral, una disminución en el grosor cortical y un aumento en la corteza pre-cerebral izquierda, inferior y frontal^(1,16), así como inhibición de respuesta y menor flexibilidad mental. Aunque esta no es la única faceta alterada, como en cualquier adicción, se encuentran cambios en la personalidad y en el ambiente social.^(1, 3, 5, 19)

CONCLUSIONES

La adicción es una enfermedad caracterizada por el compromiso compulsivo en los estímulos de recompensa a pesar de las graves consecuencias⁽¹⁷⁾. El avance en las comunicaciones y el subsiguiente cambio en nuestros hábitos traen consigo nuevos problemas de Salud, si bien sabemos que la Adicción a Internet existe, aún falta mucho camino para identificar todas sus formas (según el producto consumido), todos los factores de riesgo y el alcance de sus consecuencias. Debido al rápido avance de las

tecnologías es necesario seguir investigando en paralelo para poder establecer los límites de consumo, prevenir los efectos no deseados e identificar los factores de riesgo que llevan a adquirir conductas de riesgo o a mantenerlas en el tiempo.

Aunque en la actualidad solo está incluido como Diagnóstico en el DSM-V el Trastorno al juego por Internet ^(1, 13) pensamos que en el futuro se incluirá también la adicción a Internet como un diagnóstico propio. Los datos recogidos pueden ser utilizados como base para futuras investigaciones, pudiendo ser de utilidad para la detección precoz y prevención mediante programas de salud en la comunidad y/o centros escolares.

REFERENCIAS

1. Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. Front Hum Neurosci. 2014 May 27; 8:375. doi: 10.3389/fnhum.2014.00375. ECollection 2014. Brand M¹, Young KS², Laier C³. PMID: 24904393 [PubMed] PMCID: PMC4034340
2. Internet addiction: coping styles, expectancies, and treatment implications. Front Psychol. 2014 Nov 11;5:1256. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01256. eCollection 2014. Brand M¹, Laier C², Young KS³. PMID: 25426088 [PubMed] PMCID: PMC4227484
3. Online Social Networking and Addiction-a review of the psychological literature. Daria J.Kuss and Mark Griffiths. International Journal of Environmental Research and Public Health. ISSN 1660-4601
4. Risk and protective factors of internet addiction: a meta-analysis of empirical studies in Korea. Yonsei Med J. 2014 Nov; 55(6):1691-711. doi: 10.3349/ymj.2014.55.6.1691. Koo HJ¹, Kwon JH². PMID: 25323910 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID: PMC4205713
5. Internet addiction and antisocial internet behavior of adolescents. Scientific World Journal. 2011; 11:2187-96. Doi: 10.1100/2011/308631. Epub 2011 Nov 3. Ma HK¹. PMID: 22125466 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID: PMC3217592
6. Precursor or sequela: pathological disorders in people with Internet addiction disorder. PLoS One. 2011 Feb 16;6(2):e14703. doi: 10.1371/journal.pone.0014703. Dong G¹, Lu Q, Zhou H, Zhao X. PMID: 21358822 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID: PMC3040174
7. Internet gaming addiction: current perspectives. Psychol Res Behav Manag. 2013 Nov 14; 6:125-37. Doi: 10.2147/PRBM.S39476. ECollection 2013. Kuss DJ¹ PMID: 24255603 [PubMed] PMCID: PMC3832462
8. Papeles del Psicólogo. Volumen 33, Issue 2, 2012, Pagés 82-89

9. Addiction and mobile internet addiction: A review of empirical Spanish Papeles del Psicólogo. Volumen 33, Issue 2, 2012, Pagés 82-89 ISSN: 02147823
10. Paraninfo digital, Uso y abuso de las nuevas tecnologías por los adolescentes , ISSN: 1988- 3439- Año VIII – N.20 – 2014
11. Paraninfo digital, Revisión bibliográfica: Influencia del uso de tecnologías en el patrón del sueño de los jóvenes, ISSN: 1988-3439- Año VIII – N.20 - 2014
12. Paraninfo digital, Adicción sin sustancias: los jóvenes y el móvil, ISSN: 1988-3439- Año VIII – N.20 – 2014
13. Innovations in Clinical Neurosciencie. 2015;12(3–4):14–23
14. Elsevier, Computers in Human Behavior 55 (2016) 172e177
15. Elsevier, Addictive Behaviors 53 (2016) 193–195
16. Molecular and functional imaging of internet addiction Biomed Research International, volumen 2015, article ID 368675,9 pages
17. Internet addiction and atencion deficit hyperactivity disorder among school children. Isr.Med Assoc J 2015 Dec; 17(12):731-4.
18. Compréhensive psychiatry 55(2014)497-503.compre.psychyetry.2014.Apr ; 55(3) :497503.dor :10.1016/J.copsyach.2013.11.018.Epub2013Nov.27.
19. Mental Health, personality and parental rearing styles of adolescent whith internet addiction disorder.cyberpshychology, behavior and social networking.vol.13 : ISSUE 4.pages401- 4016.August 2010DOI :10 .1089cyber 20090222

El QR para la promoción de estilos de vida saludable: uso positivo de las TIC.

María De Los Ángeles Manzano-Felipe
Carmen Pérez -García
Irene Fernández-Morales

¹Enfermera del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda
DCCU Janda Interior. Servicio Andaluz de Salud

²Enfermera de la UGC Salud Mental Hospital de Valme (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud

³Enfermera Residente en Salud Mental, UGC Salud Mental.
Hospital de Valme (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud

mariangeles.manzano@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud; Atención Primaria de Salud; Educación en salud; Conductas Saludables; Redes sociales.

INTRODUCCION

La Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC's) a pesar de tener sus orígenes en 1969¹ han generado un notable impacto en nuestra sociedad ocasionando importantes y rápidos cambios. La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), dependiente de la ONU, revela un uso de Internet del 6,6% a nivel mundial en 2014, dónde los países desarrollados representan un 8,7% y los países en desarrollo un 3,3%, siendo los adolescentes y jóvenes, los que se han dejado seducir por las nuevas tecnologías e internet, convirtiéndolas en un elemento importante e imprescindible en sus vidas²

En España, el informe Sociedad de la Información y el Instituto Nacional de Estadística de España informan que la duplicación del empleo de las TIC's en los últimos seis años (gráfico 1), los datos siguen la tendencia de la Unión Europea³



Gráfica 1. Fuente:INE (<http://www.ine.es/prensa/np933.pdf>)

Atendiendo a la población joven⁴, la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación del Instituto Nacional de Estadística informa que el 87.1% utiliza Internet; el 65.8% dispone de móvil². Otros estudios informan del tipo de redes sociales y el perfil de empleo de las redes sociales (tabla 1 y 2 respectivamente)⁵

Tabla 1

Redes sociales en las que tienen un perfil o más abierto por grupo de edad y género y clase social (en porcentajes verticales)

	De 12 a 14 años		De 15 a 17 años		Clase social		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Clase alta	Clase media	Clase baja
MySpace	7,2%	5,0%	9,2%	11,3%	8,6%	6,3%	8,4%
Facebook	60,2%	56,3%	72%	79,5%	71,5%	64,5%	65,8%
Tuenti	71,5%	72,5%	83,9%	86,9%	78,3%	81%	84%
Twitter	25,0%	26,3%	38,9%	43,9%	37,5%	32,4%	36%
Fotolog	4,2%	4,5%	8,4%	13,9%	7,8%	8%	6,1%

Tabla 1. Fuente: DOI: <http://dx.doi.org/10.3916/C41-2013-19>

Tabla 2

Perfil de uso de las redes sociales según grupo de edad, sexo y titularidad del centro (en porcentajes verticales)

	GRUPOS DE EDAD		SEXO		TITULARIDAD CENTRO	
	12 a 14	15 a 17	Hombre	Mujer	Público	Privado
Usuarios intensivos	72,1%	79,1%	68,1%	84,5%	75,2%	76,5%
Usuarios ocasionales	13%	8,5%	12,4%	8,8%	11,4%	9,4%
No usuarios	14,9%	12,4%	19,5%	6,6%	13,4%	14,1%

Tabla 2. Fuente: DOI: <http://dx.doi.org/10.3916/C41-2013-19>

Si bien es cierto que el empleo de las TIC's ha dado lugar a mejorar nuestra calidad de vida, no están exentas de problemas o riesgos. Una alfabetización digital comportaría una capacidad para la utilización de dichas tecnologías de manera adecuada⁶

La red forma parte de nuestro hábitat, nos incorporamos a las redes sociales por diversos motivos. La Uk Council for children Internet Safety(2010) ya informó que los jóvenes se conectaban a una red social para mantenerse en contacto con amigos y compartir intereses, experimentar con su perfil y opiniones,

disponer de un espacio no supervisado por sus padres y demostrar su capacidad técnica⁷.

Si cierto es que Internet y las aplicaciones en forma de redes sociales nos han proporcionado verdaderos hitos de progreso tecnológico y social. También de su empleo se han derivado diferentes riesgos⁸, entre los cuales diferentes investigaciones destacan:

Un 26,6% de adolescentes de 11 a 17 años podrían estar haciendo un uso problemático o poco saludable de la Red⁹. Presencia de dependencia, adicciones¹⁰, hiperconexión, hipervirtualidad, distancia emocional, inmediatez-impulsividad, desconexión moral, conducta dual o cyberbullying¹¹⁻¹³.

El abuso de redes sociales está asociado con: depresión, síndrome de déficit atencional con hiperactividad, insomnio, disminución de horas totales de sueño, disminución del rendimiento académico y abandono escolar¹, problemas de salud mental y hábitos tóxicos¹⁴

A todo ello cabe añadir que estas mismas herramientas poseen un potencial uso criminógeno nada desdeñable y al alcance de cualquiera¹⁵ que se añade a los peligros tales como: Grooming, Cyberbullying y Sexting¹.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para los menores son atractivas por la interactividad y el intercambio de datos^{16,17}. Para ellos “estar en una red social” supone presencia social, aunque es preocupante su falta de conciencia sobre las consecuencias jurídicas convirtiéndose también en una víctima del acceso a las redes sociales¹⁸. Los problemas tradicionales de la adolescencia en la sociedad –la intimidad, la sexualidad y la identidad– se han transferido hacia y han sido transformados por el contexto electrónico¹⁷.

Existen con numerosas intervenciones para sensibilizar a la población –especialmente a padres y madres y a menores– de la necesidad de hacer un uso seguro de internet¹⁹, favoreciendo una educación en y para el uso y consumo de medios digitales²⁰, sin emplear estrategias excesivamente restrictivas que pueden repercutir negativamente en el disfrute de oportunidades¹⁹. De hecho, revisiones sistemáticas argumentan la existencia de evidencias en el empleo de TIC’s como herramienta de intervención para modificaciones de hábitos y tornarlos a

comportamiento saludables²¹.

Por todo lo anteriormente señalado, decidimos realizar intervención educativa, donde los adolescentes participen de la promoción de su propia salud (tal y como apuntaba ya en 1997 la Declaración de Yakarta) incorporando herramienta TIC, como medio efectivo para la mejora de conocimientos teóricos y habilidades prácticas en el empleo de las TIC's, y así aportar la los diferentes Programas de Promoción de Hábitos de Vida Saludable de la Junta de Andalucía una actividad saludable en el "uso positivo de las TIC".

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la efectividad de la intervención educativa "uso positivo de las TIC" en términos de mejora de conocimientos teóricos y habilidades prácticas en alumnos de Educación Secundaria.

Objetivos específicos:

Dotar de recursos sobre riesgos de las TIC's a través del "quick response code".

Elaborar cartel informativo-interactivo de "uso positivo de las TIC".

Describir las características sociodemográficas.

Evaluar los conocimientos adquiridos tras la intervención

Conocer el grado de satisfacción de los alumnos.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo consta de dos partes:

1ª Parte:

Búsqueda bibliométrica de publicaciones sobre el empleo de las TIC's por parte de los adolescentes, en las bases de datos DRIVER, DARE, LILACS, IBECS, MEDLINE, PUBPSYCH, CHROANE LIBRARY, PSYINFO, para el periodo 2010 -2015, empleándose diferentes estrategias de búsqueda con lo descriptores: Health Promotion, Primary Health Care, Health Education, Health Behavior, Social Networking.

Procedimiento: Tras las conclusiones obtenidas tras búsqueda bibliográfica se procedió a:

- Elaboración de video informativo.
- Subir el video a una Url.
- Generar un quick response code y asociarlo a la url.
- Elaboración de un cartel informativo-interactivo de "uso positivo de las TIC".

2ª Parte:

Estudio cuasi-experimental longitudinal pre y post intervención.

Sujetos de estudio: Alumnos de 3º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) matriculados en el curso escolar 2015-2016, de localidad de San Fernando (Cádiz), Andalucía, España.

Criterios de Inclusión

Estudiantes de 3º ESO matriculados en 2015-2016

Asistencia del 99% durante los 3 meses en los que se repartan las encuestas.

Aceptar voluntariamente la participación en el estudio.

Criterios de

Exclusión Estudiantes de cualquier otro curso ESO

- Estudiantes de 3º de ESO que no pertenezcan a San Fernando.
- Tamaño de la muestra:

La totalidad de alumnado de 3º de ESO matriculado en el curso 2015-2016 en San Fernando. Variables:

Independiente (intervención “uso positivo de las TIC”), dependientes (edad; sexo; adquisición de conocimientos teóricos; adquisición de habilidades prácticas; grado de satisfacción del alumno).

Análisis de los datos

Las variables cuantitativas se resumirán con medias, desviaciones típicas, intervalos de confianza. Si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles. Las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Éste análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información.

Se elaborará una base de datos Microsoft Access para las variables definidas anteriormente y se analizarán con el programa estadístico SPSS11.0.

Variables cuantitativas: testt-StudentoANOVA, en caso de distribución normal y el test

Kruskal-Wallis o U de Mann Whitne y en caso de distribución no normal.

Variables cualitativas: test de Chi cadrado.

Aspectos éticos y legales

El proyecto se desarrollara en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki y se cumplirá la legislación sobre protección de datos española.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Atendiendo a la primera parte no se ha hallado ningún estudio que emplee el QR como herramienta para acercar los conocimientos en TIC's a adolescentes.

Se han elaborado los QR (Anexo A-C) y cartel informativo-interactivo (Anexo D).

La segunda parte aún no se ha finalizado, no obstante informamos que como hipótesis planteamos que la intervención dirigida por la enfermera influirá positiva y significativamente a combatir la inequidad en conocimientos sobre uso TIC's y permitirá al finalizar el curso, la identificación de los riesgos y las oportunidades de las mismas, redundando en una mejora de su calidad de vida de los adolescentes.

Como conclusiones destacamos:

El empleo de los QR permite tener accesible la información en cualquier momento.

Permite realizar un seguimiento de su empleo, facilitando posible implementación de mejoras.

Se necesitan más estudios para evaluar su utilidad en salud.

DISCUSION

Diferentes trabajos que tratan de la importancia de intervenciones en educación en TIC's en adolescentes, pero ninguno ha empleado la herramienta QR para realizar dicha intervención. A la hora de realizar esta intervención sanitaria, nos encontramos algunas limitaciones, las cuales han sido analizadas y se han planteado soluciones. Así señalamos:

1. No posibilidad de controlar y mantener las limitaciones de la propia intervención. Ello lo solucionaremos buscando un equilibrio entre las necesidades de los alumnos y la estandarización que requiere el procedimiento.
2. No controlar factores extraños (cansancio, distracción, aburrimiento, su maduración). Para solucionarlo realizamos las intervenciones sin unir diferentes cursos, con lo que garantizamos el máximo de homogeneidad del grupo.
3. No controlamos factores del entorno: misma hora, mismas condiciones. Como solución se realizó el 90 % de las intervenciones a la misma hora y en las condiciones más semejantes.
4. No controlamos los eventos que se producen entre las

mediciones pre y pos test que pueden afectar a las variables dependientes (campañas informativas que se realicen paralelamente).

REFERENCIAS

Arab E; Díaz A. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. Rev. Med. Clin. Condes.2015; 26(1):7-13.

1. Jiménez-Albiar, M I; I Piqueras JA; Mateu-Martínez O; Carballo JL; Orgilés M; Espada JP. Diferencias de sexo, característica de personalidad y afrontamiento en el uso de internet, el móvil y los videojuegos en la adolescencia. Health and Addictions / Salud y Drogas [Internet]. 2012 [Consultado 14 enero 2016]; 12(1): 61-82 Disponible en: <http://www.haaj.org/haaj/article/view/10/10>.
2. Rial A; Gómez P; Braña T; Varela J. Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España). Anales de Psicología [Internet].2014; 30(2): 642-655. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.159111> .
3. Álvarez García D; Núñez J. C; Álvarez L; Dobarro, A; Rodríguez, C., & González Castro, P. Violencia a través de las tecnologías de la información y la comunicación en estudiantes de secundaria. Anales de psicología, 2011; 27(1):221-231
4. García-Jiménez A; López de Ayala-López M C; Catalina-García B. Hábitos de uso en Internet y en las redes sociales de los adolescentes españoles. Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación [Internet]. 2013 [Consultado 16 enero 2016]; 21(41):195-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.3916/C41-2013-19>.
5. Coll C. Aprender y enseñar con las TIC: expectativas, realidad y potencialidades. Boletín de la Institución Libre de Enseñanza [Internet].2008 [Consultado 13 septiembre 2015]; 72:17-40.
6. Vázquez Martínez, A I.; Cabero Almenara, J. Las redes sociales aplicadas a la formación. Revista complutense de educación. 2015; 26(1): 253-272.
7. Gámez-Guadix M; Orue I; Calvete E. Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalized and problematic Internet use in Spanish adolescents. Psicothema [Internet]. 2013 [Consultado 25 noviembre 2015]; 25(3): 299-306. doi: 10.7334/psicothema2012.274. PMID: 23910742.
8. Boubeta A; Ferreiro SG; Salgado PG.; Couto CB. Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes. Health and Addictions/Salud y Drogas. 2015; 15(1):25-38.
9. García del Castillo Rodríguez JA. Adicciones tecnológicas:

- el auge de las redes sociales. *Salud y Drogas*.2013; 13(1): 5-14
10. Avilés Martínez JM. Programa educativo PRIRES: Programa de Prevención de Riesgos en las Redes Sociales. *Revista de Investigación en Psicología*. 2015;17(2):13-23.
 11. Giménez AM.; Maquilón JJ.; A Pilar. Usos problemáticos y agresivos de las TIC por parte de adolescentes implicados en cyberbullying. *Revista de Investigación Educativa*[Internet]. 2015 [Consultado 9 enero 2016]; 33(2):335-351. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.2.199841>. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/199841/178501>.
 12. Bottino, Sara Mota Borges; Bottino, Cássio M. C.; Regina, Caroline Gomez; Correia, Aline Villa Lobo; Ribeiro, Wagner Silva. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015[Consultado 9 enero 2016]; 31(3): 463-47. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00036114>
 13. Sánchez-Martínez M; Puime Á. Usos de Internet y factores asociados en adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Atención primaria* [Internet]. 2010 [Consultado 19 diciembre 2015]; 42(2):79-85. doi: 10.1016/j.aprim.2009.05.004. PMID: 19596495. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670900314X>.
 14. García González J. Oportunidad criminal, internet y redes sociales: Especial referencia a los menores de edad como usuarios más vulnerables. *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*.2015; 4: 1-3312.
 15. Basile D; Linne J. Usos escolares de Internet en adolescentes de sectores populares. *Espacio abierto* [Internet]. 2013 [Consultado 15 enero 2016]; 22(3). Disponible en: <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/espacio/article/view/2441/2441>.
 16. Subrahmanyam K; Greenfield P M.; Michikyan M. Comunicación electrónica y relaciones adolescentes: Una actualización de las investigaciones existentes. *Infoamérica: Iberoamerican Communication Review* [Internet].2015 [Consultado 9 enero 2016]; 9:115-130.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5148409>.
 17. Ramón Fernández F. Menores y redes sociales: cuestiones legales. *Revista sobre la infancia y la adolescencia* [Internet]. 2015[Consultado 14 enero 2016]; 8: 33-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2015.3300>.
 18. Jiménez Iglesias E; Garmendia Larrañaga M; Casado del Río MÁ. Percepción de los y las menores de la mediación parental respecto a los riesgos en internet. *Revista Latina de Comunicación Social* [Internet]. 2015[Consultado 14

- enero 2016]; 70:49-68. doi: 10.4185/RLCS-2015-1034.
19. Ballesta Pagán FJ; Lozano Martínez J; Cerezo Márquez J; Soriano Ayala E. Internet, redes sociales y adolescencia: un estudio en centros de educación secundaria de la Región de Murcia. Revista Fuentes [Internet]. 2015[Consultado 22 enero 2016];16: 109-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12795/revistafuentes.2015.i16.05>
 20. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Cochrane Schizophrenia Group. 2012 Issue 10. Art. No.: CD007198. [Consultado 19 diciembre 2015]. doi: 10.1002/14651858.CD007198.
Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/wo11/doi/10.1002/14651858.CD007198.pub2/full>

**Mhealth en obstetricia: “matrona-apps” imprescindibles.
Una revolución de la maternidad.**

María Jesús Cazallo Hervás¹
Jessica Solano Barragán²

¹Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
Hospital Materno Infantil de Badajoz.

²Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
Hospital Materno Infantil de Jerez de la Frontera-Cádiz.

mjecazher@hotmail.es

**Comunicación ganadora
Premio Profesionales**

PALABRAS CLAVE: Midwives, TIC, mHealth, Maternity

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud, (TIC´s), están revolucionando el acceso y producción del conocimiento, al poder disponer de mayor cantidad de información, de forma rápida, sin límites de temporalidad ni de ubicación geográfica^{1,2}.

En el Sistema de Salud Español, el uso y aplicación de las TIC´s se tradujo en el diseño de una estrategia de salud digital (salud-e)³, instaurada en diferentes regiones, y orientada a la mejora del ámbito administrativo. De este modo, cada Comunidad Autónoma, fue incorporando sistemas de identificación de pacientes, diagnóstico por imagen, receta y preinscripción electrónicas, gestión de citas, sistemas de protección de datos, etc. Todas ellas TIC´s implantadas en el SNS⁴.

La instauración de la Telemedicina, la Tele-Salud, la e-Health, la m-Health, la Salud 2.0, etc. están revolucionando la práctica clínico-asistencial y la relación profesionales-usuarios^{1,4}. Perestelo-Pérez y colaboradores, defienden que esta revolución está dando lugar a la transformación del concepto de salud pública, facilitando la información a pacientes, fomentando su participación y aumentando sus habilidades, conocimientos y destrezas sobre su propia enfermedad y/o situación de salud⁵.

El concepto de e-Health, hace referencia a la era digital dónde la atención sanitaria, gestión y educación, así como la informática médica, sirven para implementar las aplicaciones en salud. Según

la Organización Mundial de la Salud, la m-Health, también conocida como Salud móvil, es: “la práctica de la medicina y la prestación de servicios sanitarios mediante dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de seguimiento de pacientes, asistentes digitales personales y otros dispositivos inalámbricos.”⁶

Según The Journal of the American Medical Association (JAMA), la m-Health o m-Salud, será una palanca de cambio de los servicios de salud, ya que tiene un gran potencial para solucionar las ineficiencias de los sistemas sanitarios y consideran que la extensión de las tecnologías móviles para la prestación de cuidados de salud permitirá ahorrar tiempo a los sanitarios para centrarse de nuevo en los pacientes.⁷

En EE.UU, la apuesta por la m-Health, la consideran un reto que se sostiene en: la necesidad urgente de disminuir el gasto sanitario, el fomento de una asistencia sanitaria centrada en el usuario junto con la proliferación de los dispositivos electrónicos y el exponencial uso de las nuevas TIC’s.⁷

Según Steinhubl⁷ et al. el uso de la “salud móvil” puede:

- ✓ Transformar la asistencia sanitaria, empoderando a pacientes, permitiéndoles más autodeterminación y control respecto a su salud, y disminuyendo el número de visitas a los profesionales sanitarios.
- ✓ Permitir el abordaje de manifestaciones clínicas relacionadas con cuadros leves.
- ✓ Fomentar la gestión de enfermedades crónicas, aumentando la adherencia a tratamientos.
- ✓ Proporcionar una retroalimentación individualizada por parte de profesionales de la salud.
- ✓ Mejorar la relación profesional-paciente, ofreciendo oportunidades para invertir más tiempo en educación para la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico.⁷

Fernández Aranda M.I., detalla la aplicación de las nuevas TIC’s al ámbito obstétrico: “la nueva e-Obstetricia”. Describe una nueva forma de relación matrona-gestante, que supone un nuevo modelo de atención sanitaria. Promueve la incorporación de los profesionales de esta disciplina a este avance tecnológico a través de una actitud proactiva, y describe el papel de la matrona en este nuevo modelo asistencial, dónde las gestantes participan y se implican a través del uso de las nuevas tecnologías.⁸

Según los resultados del informe “TOP20 de Apps de Salud según el iSTScore”, elaborado por la Fundación iSYS, a día de hoy, “existen más de 165.000 apps de salud para Android e iOS”. Éstas son seleccionadas por los usuarios accediendo a través de bibliotecas iTunes y Google Play Stores, por consejo de familiares

y/o amistades, o por búsquedas en la web; siendo estas apps, recomendadas sólo por uno de cada cinco profesionales de la salud.⁹

Este fenómeno de la salud móvil, impulsa el nacimiento de una nueva usuaria obstétrica: una gestante empoderada, capaz de autogestionar su propia situación de salud, haciéndose más partícipe y responsable durante esta etapa de su ciclo vital; y también, obliga a los profesionales a adaptarse al nuevo “ecosistema de la mSalud”, construyendo una nueva Enfermería Obstétrica y desarrollando nuevas competencias profesionales en su práctica diaria.¹⁰

OBJETIVOS

Identificar y seleccionar las apps más relevantes del ámbito obstétrico relacionadas con las temáticas: seguimiento del embarazo, bienestar físico, calculadoras de embarazo, lactancia, profesionales de la obstetricia, pregnancy tips y cuidados neonatales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal, dónde se seleccionaron todas aquellas apps, relacionadas con la salud en obstetricia, que estuvieran incluidas en estudios, informes, listados, Top Ten y Must Have que incluyesen las mejores apps relacionadas con las temáticas de estudio.

Las fuentes de selección de apps con contenido adecuado a las temáticas, fueron: la “Colección de Expertos en Salud y Bienestar”¹¹, el “Informe 50 Mejores Apps de Salud en Español”¹², (ambas incluidas en la mayor plataforma de recomendación de APPS en español “The App Date”); las “Categorías App’s Embarazo, parto y puerperio 14/15 y 15/16” (pertenecientes a la Fundación iSYS, dedicada al desarrollo de proyectos sociales de salud en Internet y creadora del iSYScore: método de evaluación de las apps de salud a partir de variables objetivas), junto con las mejores apps recomendadas en las páginas imedicalaaps.com , webconsultas.com, fitpregnancy.com y similares.

Posteriormente se seleccionaron las apps más relevantes en función de distintos criterios basados en la plataforma “The App Date”, la Fundación iSYS” y otros ítems propuestos, que a continuación se exponen: desarrollador destacado, número de descargas, popularidad, N° de valoraciones, categoría (Medicina, Salud y bienestar, Salud y forma física), precio, idioma (español), plataforma iOS/Android, tipo de usuario (gestante, profesional de la obstetricia, ambos), premios, aval médico o sociedad profesional, contenido riguroso y de calidad, confianza y utilidad

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se incluyeron más de 20 apps relacionadas con las temáticas definidas, de las cuáles se seleccionaron las siguientes:

Las apps **Sanitas Embarazo** (como una de las mejores 50 apps en español), **Mi embarazo y mi bebe al día** (con más de 10 millones de descargas y más de 270.000 valoraciones) y **Mi embarazo al día** (Mejor App de 2012 en la VIII edición de “El Chupete”, Festival Internacional de Comunicación Infantil), constituyen las principales apps de recurso útil para favorecer el empoderamiento y la participación de la mujer de cara al seguimiento del embarazo.

InShapeMoms (Mejor APP internacional de salud 2012 - APP CIRCUS) y **Ejercicio Kegel** (diseñada para la recuperación del suelo pélvico), junto con **iMamaWorkout**, (definida como un curso de rehabilitación puerperal), componen la selección de las mejores apps indicadas para mantener el bienestar físico durante esta etapa vital.

OB Wheel y **Gestograma de embarazo** destacan como las mejores apps calculadoras de embarazo.

Lactancia Materna AEP (diseñada y avalada por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría), se presenta como app esencial de consulta tanto para profesionales y padres, dentro de la temática lactancia.

Apps de interés para los profesionales de la obstetricia, imprescindibles para la práctica asistencial, son **Calculadora de riesgo ETV OBS** (calculadora del riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa en Obstetricia basada en dos de las guías internacionales más extendidas en España), **MEF Intraparto** (guía para clasificar el patrón de la frecuencia cardiaca fetal intraparto acorde a la estandarización propuesta por Parer e Ikeda, y The American College of Obstetricians and Gynecologists), y **APGAR Free** (test de Apgar). **PostPartum Hemorrhage** (app diseñada para una evaluación y gestión rápidas de la hemorragia puerperal) y **Bishop's Score Calc** (calculadora del Test de Bishop útil para orientar sobre la indicación de inducción de parto), son dos apps muy recomendadas que no se han seleccionado por no cumplir el criterio idioma.

En cuidados neonatales, **iPediatric** (app científica diseñada por los Dr. Santiago García- Tornel Florensa, Juan José García García y José M.ª Quintillá Martínez, avalada también por la Universidad de Barcelona y la Fundación Hospital de Nens de Barcelona y finalista en los Premios Ideas Sanitas 2013) y **SerPadres**, se perfilan como las apps más adecuadas para ofrecer consejos y

controlar la salud de los recién nacidos en sus primeros meses de vida.

Baby Names, Sonidos de Cuna y Preparación al parto, entre otras, forman parte de la temática Pregnancy Tips, tendencia emergente de un nuevo diseño de apps que facilitan y amenizan todo el proceso de la maternidad.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante el universo de las nuevas TIC's del que está emergiendo un nuevo modelo de salud en los países desarrollados, donde la innovación, el desarrollo, y la salud móvil, están construyendo una "sanidad en todas partes", fuera de horarios, lejos de las instituciones sanitarias y para tod@s.

Esta revolución, se extiende al ámbito obstétrico, dónde las numerosas apps relacionadas con la maternidad, otorgan a las gestantes, y a los profesionales un amplio abanico de posibilidades de cara a la asistencia. Las matronas, como figura clave para empoderar a las mujeres durante su gestación, parto y puerperio, tienen que adaptarse a estos cambios, evolucionar, y abrir las puertas al mundo de la Maternity m-Health, adoptando una actitud crítica ante el uso de esta tecnología e incluso adquiriendo los conocimientos y competencias necesarios para en un futuro poco lejano, orientar y prescribir sobre el buen uso de las apps relacionadas con la obstetricia.

No obstante, aunque la Salud Movil, puede provocar un importante cambio beneficioso de cara a la asistencia sanitaria, no hay que ignorar los riesgos y peligros que pueden desencadenar, por lo que sería necesario adoptar iniciativas y medidas de cara a la planificación y desarrollo de prácticas e-Salud eficaces junto con estrategias de evaluación del impacto de la salud móvil en la sociedad.

REFERENCIAS

1. Fernández Silano M. La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. Rev. Méd. Risaralda. 2014 [consultado el 13 de enero de 2016]; 20 (1) 41-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n1/v20n1a09.pdf>
2. Wanden-Berghe C, Sabucedo, L, Martínez de Victoria I. Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer ciencia. Salud Colectiva. 2011 [consultado el 28 de febrero de 2016]; 7 (1) 29-38. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v7s1/v7s1a04.pdf>

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: "La E-Salud. Prioridad estratégica para el Sistema Sanitario". 2014 [consultado el 7 de marzo de 2016]. Nueva organización del documento sobre una estrategia de salud e. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/E_Salud.pdf
4. Carnicero J, Rojas D. Aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los sistemas de salud de Bélgica, Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia. Serie PS.2010
5. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Abt-Sacks A, Rivero-Santana A, Serrano-Aguilar P. Promoción de la participación ciudadana en cuidados de salud a través de PyDEsalud.com. Gac Sanit. 2013 [consultado el 12 de marzo de 2016]; 27 (5) 466–467. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v27n5/nota_campo2.pdf
6. Koutsourais Fernández I. Nuevas modalidades de servicios médicos e-health y m-health: fronteras legales y espacios de ejercicio. 22 de abril de 2015 [consultado el 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <https://www.uclm.es/centro/cesco/pdf/trabajos/34/43.pdf>
7. Steinhubl , S. R, Muse . E. D, Topol, J. R. Can Mobile Health Technologies Transform Health Care? JAMA (The Journal of the American Medical Association). 11 de diciembre de 2013 [consultado el 7 de enero de 2016]. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1762473>
8. Fernández Aranda M. I. La nueva e-obstetricia. Matronas Prof. 2015; 16(2): 69-75. Disponible en: www.federacion-matronas.org/rs/.../articulo-especial-e-obstetricia.pdf
9. Fundación iSYS internet, salud y sociedad: "TOP20 de Apps de Salud según el iSTScore. Los pacientes toman la palabra". 20 de enero de 2016. [consultado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.fundacionisys.org/images/docs/Top20_iSYS_Score_2015b.pdf
10. Fernández Aranda MI. Apps móviles sanitarias para Ginecología y Obstetricia. Metas de enfermería. 2015; 18 (3): 15.
11. Theappdate.es [sede web]. España: The App Date, 2015. [consultado el 13 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.theappdate.es/apps/colecciones-de-expertos/android/apps-postparto/>

¿Son las TICs herramientas facilitadoras en la educación sexual?

Isabel María Rodríguez-Rodríguez¹

Marina Párraga-Espín²

Guadalupe del Mar Díaz-Rodríguez³

1,2,3Enfermeras. Hospital Infantil. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

PALABRAS CLAVE: adolescente, educación sexual, Internet y TICs, y su traducción al inglés.

INTRODUCCIÓN

Las tecnologías de la comunicación y de la información (TICs) han transformado la forma de relacionarnos y los modos de aprender. Las TICs están creando nuevas formas de relacionarse tanto en niños y jóvenes como en adultos. Los jóvenes utilizan en su vida diaria ordenadores, juegos, móviles, etc. en busca de diferentes informaciones, lo que posibilita la promoción de temas sobre sexualidad¹⁻¹³.

Las relaciones sexuales son cada vez más precoces en nuestra sociedad, los jóvenes suelen tener múltiples parejas, por lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados y abortos, así como altas tasas de infecciones de transmisión sexual y sida^{2-4,9-11,13}. En España en concreto las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo un problema de salud pública, siendo las Islas Canarias la comunidad que presenta las tasas de incidencia más altas¹⁰.

Es bien sabido, que la adolescencia es una etapa de cambios a todos los niveles y expuesta a multitud de influencias, por lo que se considera que la educación sexual debe ser una prioridad en este rango de edad¹⁰.

La mayoría de los adolescentes conciben los temas sexuales de modo personal y casi oculto.^{1,2,6} Además de eso, la sexualidad en el ámbito familiar y escolar genera gran dificultad para el abordaje y diseño de estrategias de educación adecuadas, que fomenten estilos de vida saludable en los jóvenes^{6,11}.

Las nuevas tecnologías podrían ser una herramienta útil para los jóvenes en la búsqueda de información sobre salud sexual, ya que

presentan un acceso fácil, cómodo y presentan un factor muy importante como es el anonimato. Por esta razón, es necesario educar a los más jóvenes tanto en el buen uso de Internet, para conseguir una búsqueda de información sobre salud^{5,7,10,12}. Para la educación sobre las TICs relacionadas con la salud, el profesional idóneo es enfermería el cual está totalmente capacitado para la promoción de la salud en la comunidad^{4,10}.

Para una educación adecuada no solo basta con las TICs, también deberíamos reforzar esta educación con la presencia de un enfermero escolar. A pesar de ser un perfil que en otros países está presente, en España solamente está presente en algunas comunidades como Madrid y, sobre todo, Valencia¹⁰.

Para concluir, los espacios virtuales no siempre son positivos, en ocasiones la información no se corresponde con la realidad, pudiendo generar una educación negativa y equivocada en los adolescentes^{8,11}.

OBJETIVO

Identificar si las TICs son herramientas válidas para la optimización de los conocimientos de los jóvenes sobre educación sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Plus, Medline Plus, Cuiden, Dialnet y Scielo, además se realizó una búsqueda secundaria en la red. La búsqueda se llevó a cabo entre el 1 y 28 de febrero de 2016.

Se utilizaron como palabras clave: adolescente, educación sexual, Internet y TICs, así como su traducción al inglés.

Los criterios de inclusión para los documentos fueron los siguientes: documentos publicados en los idiomas inglés y español, publicados en los últimos 10 años, y que versaran sobre el tema de investigación.

Las estrategias de búsqueda junto con los términos booleanos utilizadas fueron los siguientes: TICs AND adolescente AND "educación sexual", Internet AND adolescente AND "educación sexual", (TICs OR Internet) AND adolescente AND "educación sexual", así como en su traducción al inglés.

Tras la realización de la búsqueda, se analizaron 57 artículos, de los cuales 44 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión o por no tener acceso al texto completo. Finalmente, fueron seleccionados 13 artículos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Todos los artículos revisados coinciden en que el uso de las TICs aumenta el conocimiento de los jóvenes sobre temas relacionados con la sexualidad¹⁻¹³.

Cinco de esos artículos mencionan una optimización en los conocimientos de los jóvenes en temas de enfermedades de transmisión sexual/VIH^{2,4,9,12,13} y tres destacan un progreso en el aprendizaje de medidas de prevención sexual^{9,11,12}.

Por otro lado, un artículo expone que una mala utilización de esas TICs puede fomentar una información errónea. En las Webs se permite la difusión de todo tipo de información y existe el riesgo de que ésta no tenga una base sólida, y pueda perder rigor científico. También destaca la necesidad de actualizar de forma constante las informaciones tecnológicas para que tengan un mayor rigor científico y de facilitar unas estructuras de Webs sencillas para no dificultar la difusión⁵.

CONCLUSIONES

Según la evidencia revisada, podemos concluir que las TICs son un medio útil y válido para hacer llegar de forma óptima una información de rigor a los jóvenes. Aun así, debe existir un apoyo en su hogar, en el colegio y en la sociedad en general para conseguir una enseñanza correcta en temas de sexualidad.

Es importante la vinculación entre Internet y las enseñanzas educativas utilizadas en la escuela, por lo cual una relación entre intervenciones por Internet y la educación actual, sería un avance para el conocimiento de estos jóvenes en temas de sexualidad. El profesional de enfermería es el idóneo para impartir una educación de calidad, ya que está capacitado para promover una educación sexual óptima en las escuelas e institutos y ayudar a los jóvenes a saber buscar información veraz y de rigor científico.

Por otro lado, sería necesario la realización de más estudios para saber cuáles son las mejores herramientas para conseguir la atención de los jóvenes en estas páginas educativas en Internet y para que muestren interés por este tipo de webs informativas. La finalidad de estos estudios sería realizar estos métodos, para conseguir una mayor difusión de la educación para la salud sobre la sexualidad abarcando todos los ámbitos.

Para concluir, pensamos que sería necesaria la figura de enfermería en las escuelas e institutos y que podría ser eficaz crear plataformas en Internet por sanitarios, con información validada y actualizada periódicamente, con foros y correos

atendidos por estos, etc. De esta manera conseguiríamos solucionar las dudas de la juventud sobre temas sexuales, que por motivos de incomodidad o vergüenza no son capaces de preguntar directamente en una clase.

REFERENCIAS

1. Agudelo-Arteaga KP, Boude-Figueredo OR. Desarrollo de la competencia «toma de decisiones» para la prevención de las ITS/VIH a través de un ambiente de aprendizaje mediado por las TIC (Doctoral dissertation). 2013
2. Velásquez A. Efecto de un CD multimedia (planeta riesgo xero) en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA de adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. An. Fac. med. 2005; 66(3): 232-240.
3. Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R, López-Rosales F. Intervención por Internet para reducir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA: Una propuesta innovadora. Desarrollo CientífEnferm. 2012; 20(8): 266-270.
4. Loaiza-Rojas LG. Elaboración de un cd ROM interactivo participativo sobre VIH para mejorar la información de un grupo de adolescentes de un colegio de Bogotá. 2012.
5. V Congreso Internacional Latina de Comunicación Social – V CILCS – Universidad de La Laguna. 2013 Diciembre 203-204. Sociedad Latina de Comunicación Social
6. Aristizábal-Aristizábal DM, Sánchez-Salcedo, JF. La educación sexual ENRED-ADA: internet como espacio para el diálogo de saberes sobre sexualidad en los jóvenes universitarios. 2012.
7. Sánchez JM, Ruiz, ABM, Sánchez FAG, Pina FH. Valoración de las TIC por los estudiantes universitarios y su relación con los enfoques de aprendizaje. Revista de investigación educativa. 2013; 31(2): 554.
8. León CIG. Cibercuerpos: los jóvenes y sexualidad en la posmodernidad. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación". 2013; 13(1): 1-22.
9. Castillo Arcos LDC. Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA. Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León. 2012.
10. Cruz Pérez JJ. Programa de sensibilización contra las infecciones de transmisión sexual. 2012.
11. Casamen S, Cecilia M. La tecnología multimedia y la optimización en la enseñanza de educación sexual de las/os estudiantes de los séptimos años de educación básica paralelo "a", de la escuela "república argentina" de la parroquia de Amaguaña. 2012.
12. Curioso WH, Blas MM, Kurth AE, Klausner JD. Tecnologías de información y comunicación para la prevención y control

de la infección por el VIH y otras ITS. Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 2007; 24(3): 262-271.

13. Wang L, Valeriano C, Cáceres B, Villalba L, Vazquez M. Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y prevención del VIH/sida en jóvenes de sectores populares a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Revista Actualizaciones en SIDA. 2009; 18(65): 151-160.

Importancia del Manejo de las TIC en el alumnado de Enfermería

José Miguel Rodríguez-Baquero
Rocío de Diego-Cordero
Bárbara Badanta-Romero
Sergio Barrientos-Trigo
Cristina Abril-González

josemiguelrb1987@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: students, nursing, importance, management, technologies of information and communication.

RESUMEN

Las Tecnologías de la información y la Comunicación (en adelante TIC) tienen cabida en la mayoría de profesiones actuales, también en las sanitarias, entre ellas Enfermería, la cual, inmersa en este escenario, ha comenzado a hacer uso de ellas a fin de garantizar la atención, cobertura y continuidad de los cuidados, mejorar los procesos de comunicación y lograr adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes. Y ello se ha trasladado al ámbito académico, con la formación del alumnado en el uso de las mismas tanto en el aula como durante sus prácticas clínicas.

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar el uso de las TIC por los estudiantes de Enfermería durante sus prácticas clínicas.

Para atender a este objetivo se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (CINAHL, IME, SCOPUS, PubMed/Medline). Se seleccionaron sólo aquellos artículos que se rigen a los criterios de inclusión: acceso a texto completo, en español o inglés y posteriores al año 2010.

El profesional de enfermería puede utilizar las TICs fundamentalmente para comunicarse con otros profesionales mediante el correo electrónico, videoconferencias y trabajo en equipo, acceder a todo tipo de información relacionada con la salud y potenciar la colaboración profesional. Por tanto enfermería intenta utilizar las TICs como apoyo de las funciones de Enfermería y está proyectada para secundar la práctica enfermera y la provisión de unos cuidados de calidad dirigidos a lograr unos niveles cada vez más elevados de salud y bienestar en la población.

TIC Y ENFERMERÍA

Se pueden definir las TIC como “tecnologías de la información y de comunicaciones, constan de equipos de programas informáticos y medios de comunicación para reunir, almacenar, procesar, transmitir y presentar información en cualquier formato es decir voz, datos, textos e imágenes.” (1)

Las aplicaciones de las TICs en enfermería que podemos encontrar son: (1)

1. Historia clínica digital o historia electrónica de salud
2. Tele-enfermería^[1]_{SEP}
3. Tele-alarma^[1]_{SEP}
4. Tele-consulta
5. Tele-continuidad de cuidados

La historia clínica digital o historia electrónica de salud:

La historia clínica digital se entiende como el registro de “la información sanitaria del paciente electrónicamente. Supone ser un instrumento efectivo que garantiza y agiliza el trabajo enfermero, que permite el intercambio y acceso a la información y facilita por tanto, la comunicación entre los diferentes profesionales.” (2).

Tele-enfermería:

Es definida según el Consejo Internacional de Enfermeras como “el uso de la tecnología de las telecomunicaciones en la disciplina enfermera para mejorar la atención a los pacientes. Implica el empleo de canales electromagnéticos (por ejemplo, alámbricos, de radio y ópticos) para transmitir señales de comunicaciones de voz, de datos y visuales. También se llaman comunicaciones a distancia y emplean transmisiones eléctricas u ópticas entre las personas o entre los ordenadores.” (2)

La tele-enfermería se puede dividir en varios subapartados según la actividad llevada a cabo, así (2):

- 1.1. Tele-atención socio-sanitaria
- 1.2. Tele-asistencia domiciliaria

Tele-alarma:

Es un procedimiento de ayuda y comunicación a distancia a personas de edad avanzada que viven solas o permanecen sin compañía muchas horas del día o de la noche y que son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo (2).

Tele-consulta

Tele-continuidad de cuidados.

Estas aplicaciones cambian el sistema sanitario y de salud actual, de manera que proporcionan cambios significativos en cuanto a la seguridad de los pacientes y el confort de éstos¹, ofreciendo posibilidades para la renovación y mejora de las relaciones entre ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios (2), reduciendo la enfermedad y cooperando en el tratamiento, así como en las actividades e intervenciones terapéuticas fundamentadas y actualizadas (1). Es la enfermería, la que, inmersa en este escenario ha comenzado a hacer uso de ellas a fin de garantizar la atención, cobertura y continuidad de los cuidados, mejorar los procesos de comunicación y lograr adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes. Diversos factores como son el envejecimiento de la población, cambios en los estilos de vida y crecientes expectativas de vida, aumentan de forma considerable el gasto sanitario que viene ocasionado por una excesiva presión asistencial. (2)

Las profesiones sanitarias se han beneficiado del desarrollo de las TIC y durante la próxima década todavía lo harán más. La aplicación de las TIC ha permitido desarrollar nuevas técnicas y ha contribuido a mejorar los cuidados ofrecidos a los usuarios. (3)

El uso de las TICs por los profesionales de Enfermería tendrá una gran incidencia en la mejora de la calidad del cuidado, pero podrán hacer un uso adecuado de estos recursos sólo si conocen su manejo. La formación debe iniciarse desde los primeros momentos, en la formación de grado.(4)

Las TICs hoy día aportan al sistema sanitario considerables progresos y cambios elocuentes en los mismos, la aplicación de estas en la enfermería ha conseguido que el cuidado ofrecido por el personal de salud sea cada vez más actualizado e informado de los avances tecnológicos e informáticos que se ofrecen. Esto garantiza cada día un cuidado integral y humano en el que el principal beneficiado será el paciente, al igual que se refuerza el vínculo enfermero/a- paciente puesto que un profesional o trabajador de la salud actualizado e informado tendrá en la capacidad de brindar un cuidado de calidad y proporcionar seguridad y confianza en los sujetos de cuidados. (1)

Las TICs además de satisfacer las necesidades los pacientes ayudan a la promoción de la salud, puesto que la enfermera es el cuidador principal en el área hospitalaria, con las ayudas tecnológicas e informática la enfermera virtual estará cada vez más cerca de sus pacientes, es un proyecto creado con el fin de mejorar las condiciones, estado de ánimo y de salud de los pacientes (2).

A la profesión enfermera se le reconocen actividades de

recolección, manejo, procesamiento, transformación y comunicación de la información con el paciente o usuario, de ahí la importancia del conocimiento y uso de las TIC para la profesión, ya que pueden ayudar a mejorar estos procesos (5).

La revolución que se ha provocado así como las expectativas de crecimiento futuro, ponen de manifiesto la necesidad que los profesionales de Enfermería estén formados en el uso y el conocimiento de las TIC para poder responder a las demandas que la sociedad reclama de ellos.(5)

El uso de las TIC por los profesionales de Enfermería podría ser clave en la política de mejora de la calidad del cuidado enfermero, así como en la formación a todos los niveles (pregrado, postgrado y formación continuada) y además puede en muchos casos facilitar el acceso a la población.7

Las TIC puede ayudar a alcanzar unos niveles cada vez más elevados de salud y bienestar a la población y en muchas ocasiones pueden favorecer el acercamiento a la población y mejorar la comunicación entre los diferentes participantes del proceso de salud.(8)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En un estudio se envió una encuesta a 359 participantes, entre profesores, personal y estudiantes. El número total de los encuestados fue de 96, para una tasa de respuesta del 27 por ciento. La mayoría de los participantes (54,1 por ciento, n = 46) colocaron una gran importancia en el aprendizaje de las capacidades de investigación disponibles de la universidad. La mayoría de los participantes coloca moderada (43,5 por ciento, n = 37) a alta importancia (40 por ciento, n = 34) en tener una intranet que podría apoyar escritura de la concesión de colaboración. La mayoría de los participantes atribuye alta importancia para aprender a interactuar con el sistema de gestión de aprendizaje en línea de la pizarra. La mayoría de los participantes convinieron en que las redes sociales deben ser utilizadas de manera más activa para diversas actividades con fines académicos y de investigación. El estudio ayudó a identificar las necesidades actuales y los desafíos que enfrentan los profesionales y estudiantes en la interacción con las TIC. Se necesita más investigación con el fin de integrar de manera efectiva el uso de las TIC en el ámbito de la educación superior, sobre todo en relación con el contexto de la salud pública mundial moderna.(9).

Otro estudio muestra un setenta y uno por ciento del total de encuestados los servicios de Internet que se utilizan para buscar información, el 63% utiliza internet como un medio para la formación y el aprendizaje, y el 72% lo utilizó como una plataforma de comunicación (correo electrónico y plataformas

virtuales como Sakai y Moodle). Aunque 51% de los docentes encuestados tenía más de ^[1]_{SEP}120 estudiantes matriculados en sus cursos, pruebas de hipótesis de manifiesto que el número de estudiantes en la clase no es un factor determinante para el personal docente tenga mayor interés para actualizar su conocimiento en las TIC. Profesores más jóvenes utilizan las nuevas tecnologías más profusamente y la ventaja más valorada de la utilización de las TIC era un rápido acceso a la información. Los profesores perciben que después de la Declaración de Bolonia, que requiere la modificación de sus procesos de enseñanza-aprendizaje a través de las nuevas metodologías de enseñanza, una caída se ha producido en su desempeño y el de sus compañeros en su área de conocimiento.(10)

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería puede utilizar las TICs fundamentalmente para:

- Comunicarse con otros profesionales mediante el correo electrónico, videoconferencias y trabajo en equipo.
- Acceder a todo tipo de información relacionada con la salud. ^[1]_{SEP}
- Potenciar la colaboración profesional facilitando la consulta de problemas, realización de protocolos de investigación en colaboración con otros profesionales, las reuniones a distancia y un largo etcétera de aplicaciones potenciales. ^[1]_{SEP} Además las TICs:

Favorecen la difusión de información y la comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud: profesionales, entre profesional- paciente, grupos de pacientes..., esta puede ser síncrona (Chat) o asíncrona (foro, correo electrónico) cada una de ellas con sus ventajas e inconvenientes.

Fomentan que la enfermería sea mucho más visible en la sociedad esto puede facilitar influir en la política general.

Son fundamentales para la adopción eficaz de decisiones y para la práctica de enfermería de gran calidad. La información y los conocimientos adquiridos gracias a la informática de enfermería pueden ayudar a conocer y a comprender mejor los asuntos relacionados con la enfermería y la atención de salud.

La informática aplicada a la enfermería tiene por objeto conseguir mantener una perspectiva clínica y fomentar la investigación y por lo tanto servir directamente para mejorar los cuidados dispensados a los pacientes.

Colaboran a continuar la formación a lo largo de la vida, la formación continua tan importante en nuestra profesión, las TIC sin duda, pueden hacerla mucho más sencilla, las coordinadas espacio-tiempo desaparecen, es el propio profesional quien elige como, cuando y donde va a formarse. (11)

Por tanto enfermería intenta utilizar las TIC como apoyo de las funciones de Enfermería. Está proyectada para secundar la práctica enfermera y la provisión de unos cuidados de calidad dirigidos a lograr unos niveles cada vez más elevados de salud y bienestar en la población.(12)

BIBLIOGRAFÍA

1. Tics en enfermería (Internet). Estados Unidos: Tics en enfermería; 2013. Aplicaciones de enfermería basadas en Tics; 2013 Abril.
2. Tejada F J, Ruiz MR. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE, Revista de Enfermería. 2010;4(2):10-18.
3. Pareras , L. Internet y Enfermería. Barcelona: Masson, 2000.
4. Fraile, L. Estilos de Aprendizaje e identificación de actitudes y variables vinculadas al uso de las TICs en los alumnos de Enfermería de la Universidad de Salamanca. (Tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011.
5. Rodríguez, J. Manual de Internet para enfermería. Madrid: DAE, 2005.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Barcelona: Secretaria General, 2003.
7. Romà, Ma T. y Vizcaya, M. Nuevas tecnologías en la formación de prof.de Enfermería. Metas Enfermería. 2000; 25.
8. Enfermería docente (sede Web). Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación y la disciplina Enfermera. Barcelona: Enfermería docente; 2006. Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num012/inferm.html>
9. Joshi A , Meza J , Costa S , Puricelli Perin DM , trucha K , Rayamajih A . El papel de las tecnologías de la información y la comunicación en extensión a la comunidad, la colaboración académica y de investigación, y la educación y los servicios de apoyo (TI-CARES). . Perspect Salud Inf Manag. 2013;10:1.
10. Gagnon MP , Paré G , H Pollender , Duplantie J , J Côté , Fortin JP , et al. Explorando el uso de tecnologías de la información y de la comunicación y las redes sociales entre los universitarios de enfermería del personal docente. Una encuesta de opinión. BMC Health Services Research. 2011;11:27.
11. CIE. La enfermería importa [acceso 15 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.icn.ch/matters_informaticsp.htm
12. Sociedad Uruguayana de Informática en la Salud. Nos acercamos a una nueva disciplina. Disponible en: http://www.suis.org.uy/infosuis/temas/temas_15-1.shtml

Aplicaciones informáticas y móviles, promueven estilos de vida saludables.

Mercedes Verónica Álvarez-González¹

Lorena Tarriño-Concejero²

Mónica Guerrero-Navarro³

*1,2,3 Graduas en Enfermería. Alumnas del Máster Oficial
"Nuevas
tendencias asistenciales en Ciencias de la Salud".
Universidad de Sevilla.*

meralvgon@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Conductas Saludables, Aplicaciones Móviles, Aplicaciones de Informática Médica, Health Behavior, Mobile Applications.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos e iniciativas que realizan las instituciones de los países desarrollados para eliminar los alarmantes índices de inactividad física, los niveles de Actividad Física (AF) decaen considerablemente.

En diferentes informes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010, 2013, 2014), un 60% de la población mundial no hace AF proporcionado para lograr beneficios para la salud. Esta predisposición, es considerada como uno de los problemas más graves del siglo XXI, llegando a estimar una epidemia que podría situarse en el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). De esta forma, lo más preocupante de los efectos de la inactividad física es en la población infantil y también en la adolescente, debido a que en estos períodos es cuando se producen los hábitos de vida que permanecerán con posterioridad.

En el caso de querer dejar de fumar, aplicaciones para teléfonos inteligentes podrían colaborar teniendo a un costo muy bajo. Las aplicaciones para dejar de fumar están progresando rápidamente y por ello será muy interesante realizar un seguimiento del grado en que las aplicaciones para dejar de fumar son más basada en la evidencia.

Se podrían realizar intervenciones a través de los teléfonos

inteligentes y las tabletas. Que sean adaptables y se pueden usar para facilitar 'en tiempo real' asistencia interactiva, así como información de motivación.

En el caso de las aplicaciones para dejar de fumar, BCT son llamados los "ingredientes activos" de una intervención definida como "componentes observables y repetibles de las intervenciones de cambio de comportamiento.

Estas aplicaciones son atractivas y de fácil uso. Los desarrolladores de aplicaciones de cambio de comportamiento precisan incluir características que promuevan el compromiso (cómo los usuarios interactúan con diferentes características presentes dentro de la aplicación) y la facilidad de uso mediante la simplificación de la interfaz de usuario (características que pueden hacer que la interfaz de aplicaciones visualmente atractivo, fácil de usar e intuitivo).

En general, el uso de dispositivos móviles está aumentando en todo el mundo, tanto en países industrializados como en vías de desarrollo. Junto a la inclusión mundial de dispositivos habilitados para Internet, las principales causas de morbilidad y mortalidad son factores de estilo de vida cada vez más modificables como puede ser, mejorar la dieta y realizar más ejercicio). Los analistas del comportamiento disfrutan de la oportunidad de fomentar la salud mediante la combinación de los métodos de comportamiento eficaces con los avances tecnológicos.

Estas innovaciones tecnológicas que facilitan la evaluación y promoción de la salud en las que se incluyen dispositivos móviles, sensores portátiles, detectores de biomarcadores, y acceso en tiempo real a las intervenciones terapéuticas a través de tecnología de la información.

OBJETIVO

Conocer aplicaciones informáticas y de móviles, que promuevan estilos de vida saludables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, LILACS, Cochrane y PubMed. Para ello hemos utilizado los tesauros DeCS y MeSH y los siguientes términos: Conductas Saludables, Aplicaciones Móviles, Aplicaciones de Informática Médica, Health Behavior, Mobile Applications. Los criterios de inclusión han sido artículos en

español, inglés y portugués. Limitando desde el año 2011 hasta la actualidad. Finalmente hemos seleccionado un total de 3 artículos que nos parecían los más adecuados para nuestra temática.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Proyecto MÓVIL-ÍZATE:

Es un proyecto en el cuál, mediante la formación junto con un taller de concienciación sobre los riesgos de una vida sedentaria, problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad y la importancia de la actividad física y el deporte para disminuir estos hábitos negativos. Se realizó en niños adolescentes de un instituto.

En segundo lugar se centró en el papel de las nuevas tecnologías en la sociedad actual y su vínculo con la actividad física. Después, se instruyó a los alumnos sobre la App móvil "Runtastic" (aplicación gratuita) que posibilita el registro de actividad automático de varias modalidades deportivas (tiempo, distancia, velocidad, ritmo, calorías, altitud, plano recorrido, km más lento, km más rápido). Finalmente, se les aclaró cómo compartir la actividad que se iba realizando por correo electrónico y las bases del concurso "Móvil-Ízate" en el que podrían participar. Se desarrolló una parte práctica para poner en marcha la App y verificar su comprensión y funcionamiento.

Se realizó durante un período de cuatro semanas, los participantes del proyecto tuvieron la posibilidad de enviar todos los registros de actividad extraescolar que realizaban con la App "Runtastic" a la dirección de correo electrónico que les proporcionaron. La App permite que la persona encargada de archivar y registrar la actividad pueda supervisar la información que se manda y comprobar la validez del envío. También tiene la posibilidad de comprobar la hora de inicio, ya que sólo se puntuaba la actividad física que era realizada en horario extraescolar, de este modo se impedía que puntuaran las clases de Educación Física. También, se les indicó del carácter voluntario y honesto de la actividad, para prevenir trampas.

Apps dejar de fumar:

Las aplicaciones que se analizaron en el estudio fueron buscadas y se descargadas en Reino Unido, usando una cuenta de Apple App Store en Reino Unido (por lo tanto, la lista que incluyeron fueron resultados de búsqueda pueden ser diferentes de otros países).

El estudio incluyó a aquellas aplicaciones que estaban disponibles de forma gratuita, disponible en inglés y que intenta ayudar a dejar de fumar (es decir, el propósito principal de la aplicación era

ayudar a dejar de fumar).

Integración de avances tecnológicos:

Un enfoque analítico conductual para la salud apunta que los comportamientos de salud son operantes, comportamientos que son voluntarios y que están determinados principalmente por sus consecuencias). Como por ejemplo, fumar o saltarse una sesión de ejercicios presenta consecuencias positivas en un corto plazo (un zumbido eufórico, evitando molestias inducidas por el ejercicio), pero puede ser perjudicial si estos patrones se mantienen a largo plazo. Del mismo modo, no fumar y hacer ejercicio con regularidad puede tener consecuencias a corto plazo (síndrome de abstinencia, dolor muscular), pero obtienen beneficios (mejor salud) en el futuro. Los comportamientos no saludables dan lugar a las consecuencias positivas inmediatamente, por el contrario los comportamientos saludables tardan más en que se aprecien consecuencias positivas, las personas son más tendentes a fumar y ver la televisión en favor de la no fumar y salir a correr o a hacer deporte.

La conducta operante de salud ha inspirado el desarrollo de las intervenciones de manejo de contingencias (CM) para fomentar un comportamiento más saludable. La guía de Petry a la aplican el CM en el ámbito clínico, establece los componentes que son necesarios para las intervenciones CM, que engloban:

- ✓ Organizar el entorno para que la verificación objetiva de alguna conducta objetivo sea posible (la abstinencia de drogas, asistencia a la clínica, el cumplimiento de la medicación).
- ✓ Facilitar reforzadores tangibles (vales canjeables por bienes o servicios) dependiendo del participante que emite la conducta objetivo. Refuerzos en ausencia de la conducta objetivo.

Puesto que cualquier intervención en la que los refuerzos se entregan a la comprobación objetiva de algún objetivo podría ser caracterizado como CM, intervenciones CM se utilizan en ámbitos distintos de la salud.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de móvil-ízate era dar a conocer un programa de intervención fundado en fomentar la actividad física en los adolescentes mediante las aplicaciones móviles e identificar el nivel de satisfacción y adecuación de esta iniciativa desde la percepción de los participantes. Los resultados indicaron que era útil y satisfactorio en general para los alumnos y los profesores. Le dieron puntuaciones positivas a este programa en su

organización, estructura, interés suscitado, utilidad de las Apps para el fomento de la actividad física y calificación general del proyecto.

Con este tipo de programas se intenta despertar el interés por la práctica de personas inactivas, o de consolidar el impulso de aquellos que están en riesgo de dejar de ser activas. Igualmente, el trabajo trata de explicar el uso de las aplicaciones móviles como herramienta atractiva que podría considerar la generación de un hábito saludable para mejorar la formación integral del alumnado, ya que utilizar las nuevas tecnologías es una gran herramienta motivacional de los jóvenes hoy día.

Por otro lado, en el caso de las aplicaciones para dejar de fumar, los resultados muestran que la mayoría de las aplicaciones para dejar de fumar libre disponible en la App Store de Apple, se centraron principalmente en las características de facilidad de uso y también, en cierta medida, de las características de compromiso, pero rara vez se centraron en BCT (basadas en la evidencia) que se conocen para mejorar el éxito de los intentos de abandono. Hubo poca evidencia de mejora en el uso de BCT basadas en la evidencia en aplicaciones para dejar de fumar 2012-2014.

Debido a que las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los países más desarrollados se deben a factores de estilo de vida modificables. Por ello, se deben realizar esfuerzos sustanciales para prevenir o disminuir los comportamientos no saludables antes de que finalmente provoquen problemas de salud crónicos o la muerte. Los comportamientos de salud deben ser modificados antes de que un individuo desarrolle una enfermedad crónica, y la modificación del comportamiento es una tarea que según los analistas del comportamiento están mejor equipados para hacer frente. Aunque no es una tarea fácil, la modificación de los comportamientos de salud será habilitados si los analistas del comportamiento utilizan los avances tecnológicos en su beneficio. La tecnología es irremplazable para superar las barreras geográficas y socioeconómicas a la administración del tratamiento, para permitir evaluaciones frecuentes y continuas del comportamiento, y para posibilitar tratamientos en los que se faciliten contingente inmediatamente en el cambio de comportamiento consecuencias efectivas. Por lo tanto, hay posibilidades muy excitantes delante en términos de desarrollo de intervenciones innovadoras, eficaces que pueden difundirse ampliamente para impactar sustancialmente la salud humana.

REFERENCIAS

1. José J, González P, Sánchez Oliva D, Sánchez Miguel PA, González Ponce I. Proyecto móvil-ízate: Fomento de la

- actividad física en escolares mediante las Apps móviles. Retos. 2016; 30: 3–8.
2. Ubhi HK, Kotz D, Michie S, van Schayck OCP, Sheard D, Selladurai A, et al. Comparative analysis of smoking cessation smartphone applications available in 2012 versus 2014. Addict Behav. 2016; 58: 175–81.
 3. Kurti AN, Dallery J. Integrating Technological Advancements in Behavioral Interventions to Promote Health: Unprecedented Opportunities for Behavior Analysis. Rev Mex Anal Conduct. 2014;40(2):106–26.

Enfermería y uso de las Tecnologías de la Información en estudios de postgrado.

Lorena Tarriño-Concejero¹
Mercedes Verónica Álvarez-González²
Mónica Guerrero- Navarro³

*1,2,3 Graduadas en Enfermería. Alumnas del Máster Oficial
"Nuevas tendencias asistenciales en Ciencias de la Salud".
Universidad de Sevilla.*

lorenya_tc@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Tecnología de la información, estudiantes del área de la Salud, Educación de Postgrado.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) son fundamentales para guiar la práctica clínica de cualquier profesional relacionado con la salud e imprescindible para cualquier investigación científica por ello en los planes de postgrados¹ hay asignaturas especialmente destinadas a este fin, y en otras asignaturas parte de su carga lectiva está dirigida a saber utilizar diferentes recursos digitales relacionado con el temario de la misma.

Su utilidad en la vida cotidiana ha comenzado a tomar un mayor interés en lo que respecta al Ámbito Educativo, considerándose como una herramienta que puede ayudarnos a acceder a una gran cantidad de Material Didáctico, además de una corriente en la que se busca utilizar Aplicaciones Educativas en estos dispositivos.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Describir el uso de las TICs utilizadas en el plan de estudio del Máster Nuevas Tendencias
- Detallar la importancia de adquirir competencias informacionales
- Mostar los inconvenientes detectados para la adquisición de dichas competencias

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de investigación

Investigación cualitativa a través de estudio cualitativo descriptivo mediante observación participante complementaria con entrevistas^{2,3}.

La observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. Provee el contexto para desarrollar directrices de muestreo y

guías de entrevistas, y su validez es mayor con el uso de estrategias adicionales usadas con la observación, tales como entrevistas, análisis de documentos o encuestas, cuestionarios, u otros métodos más cuantitativos ^{2,3}.

Lugar, sitio y duración.

La recogida de la información se realizó en la facultad de enfermería, fisioterapia y podología durante noviembre de 2015 a marzo de 2016, en las horas lectivas de distintas asignaturas del Máster Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud.

Procedimiento de selección de la muestra.

Muestra no aleatorizada, intencionada a alumnos del Máster Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud.

Aspectos éticos.

Este estudio cumple con los aspectos éticos de toda investigación, se informó a los del objetivo del estudio, los entrevistados dieron su consentimiento y autorizaron su participación. Sé veló por la confidencialidad en toda la recogida de datos y material fotográfico.

RESULTADOS

Se muestran las observaciones recogidas durante las horas lectivas por parte de tres graduadas en enfermería y las ideas más relevantes de las entrevistas realizadas a cinco profesionales de enfermería. En definitiva se exponen la recolección de los datos para entender mejor el espacio investigado.

Observaciones.

Este título de Máster Universitario supone una formación de posgrado orientada a la adquisición de competencias y conocimientos relacionados fundamentalmente con la Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud.

La duración de su programa es de un año con 60 créditos, con un tipo de enseñanza presencial, su rama de conocimiento es ciencia de la salud y se imparte en la facultad de enfermería, fisioterapia y podología (Sevilla) ⁴.

Se dispone de una plataforma virtual : enseñanza virtual, donde

se facilita todo el temario de cada asignatura, y en todas las aulas utilizadas para la docencia se utilizaron diferentes recursos de las TICs para el aprendizaje.

Se expone las distintas asignaturas obligatorias del plan de estudio (plan de estudio) que han sido analizadas, mas las tres optativas de la rama de enfermería del Máster y su utilización en TICs

Asignaturas obligatorias:

- **Análisis e Interpretación de Datos en Ciencias de la Salud:** Las clases se realizaron en el aula de informática. Nos enseñaron distintos software para el análisis estadístico de los datos y generación de gráficos: R, y SPSS versión 23.
- **Bioética Fundamental y Clínica en Ciencias de la Salud:** En cada clase se utilizaba el ordenador e internet para realizar búsquedas relacionadas con la temática de interés.
- **Competencias Informacionales en Ciencias de la Salud:** Las clases se realizaron en el aula de informática, se creó un blog personal para colgar progresivamente las diferentes tareas, que estaban relacionadas con la utilización de diferentes bases de datos y de gestores bibliográficos.
- **Diseño, Análisis e Interpretación de los Estudios Clínicos Basados en la Evidencia en Ciencias de la Salud:** Se enseñaron programas informáticos relacionados con la investigación, y se utilizaron diferentes herramientas ofimáticas para la presentación del trabajo final.
- **Estrategias de Promoción de la Salud en un Contexto Multicultural:** : Se utilizó diferentes recursos de las TICs para la realización del trabajo en grupo relacionado con la asignatura.
- **Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud I:**
No se utilizaron las TICs.
- **Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud II:** Se utilizó el software Nvivo para investigación cualitativa.
- **Modelos de Intervención en la Discapacidad y la Dependencia:** Se requirió voluntariamente disponer de twitter para comentar noticias de actualidad relacionadas con la asignatura.
- **Relaciones y Comunicación Terapéutica en Ciencias de la Salud:**
No se utilizaron las TICs.
- **Promoción y Prevención de la Salud en la Población Adolescente. el Adolescente y sus**

Retos: Se utilizó diferentes recursos de las TICs para la realización del trabajo en grupo relacionado con la asignatura.

Asignaturas optativas relacionadas con el área enfermera:

- **Familia como ámbito y Unidad de Cuidado:** Se utilizó diferentes recursos de las TICs para la realización del trabajo en grupo relacionado con la asignatura.
- **Género, Cuidados y Salud:** No se utilizaron las TICs.
- **Historia, Filosofía, Modelos y Teorías de Enfermería:** No se utilizaron las TICs.

Proyecto:

Trabajo fin de Máster: Es imprescindible utilizar las TICs para su realización, se manejan diferentes bases de datos para la búsqueda de la información, distintos software de análisis de datos y diferentes herramientas ofimáticas para su realización.

Con lo anteriormente expuesto observamos que de las trece asignaturas analizadas nueve utilizan diferentes recursos de las TICs para adquirir las competencias definidas en los diferentes programas de las asignaturas, siendo el trabajo fin de Máster el que requiere mayor uso de las TICs.

Es por ello que se destaca la importancia del uso de las TICs en este plan de postgrado.

Entrevistas.

Las entrevistas se realizaron a tres graduados y dos diplomados en enfermería con el objetivo de conocer su opinión sobre el uso de las TICs en este Máster. Se detallan las conclusiones más relevantes:

- Ambos expresaban la importancia que actualmente tienen las TICs. Para el alumnado es importante el uso de las TICs para mejorar la calidad de profesión enfermera, e indispensable para la investigación y avanzar en su carrera profesional.
- Los graduados en enfermería expusieron menos inconvenientes para utilizar los distintos recursos de las TICs, ya conocían muchos de ellos de los planes de Grado como uso de la enseñanza virtual, bases de datos, manejos de blog, y en general un mejor uso de las herramientas ofimáticas, o técnicas y aplicaciones utilizadas para realizar los trabajos exigidos en las diferentes asignaturas.
- Los diplomados en enfermería, por el contrario,

expusieron su dificultad para seguir la metodología de diferentes clases y realizar los trabajos finales ya que en los planes de estudios de la diplomatura se incluía escasa competencia relacionada con las TICs.

DISCUSIÓN

El nuevo enfoque de enseñanza-aprendizaje imperante en las universidades españolas, que sigue las directrices marcadas por la convergencia europea, se apoya en la idea de que las TICs pueden jugar un papel fundamental, siempre y cuando se consideren sus posibilidades para flexibilizar diferentes tipos de actuaciones emprendidas y su poder para adaptarse a las nuevas características del contexto universitario (diversidad del alumnado, prioridad del aprendizaje sobre la enseñanza, nuevo papel del profesorado, diversificación de la oferta universitaria, aumento de la autonomía del estudiante, etc.)⁵.

La implementación, el desarrollo sistemático y el uso de aplicaciones basadas en las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la educación están claramente unidos a la innovación educativa. Indudablemente existe una estrecha relación TIC innovación. Los procesos y los productos, así como el empleo de recursos asociados a la innovación educativa, corren paralelos a las nuevas tecnologías que la sociedad del conocimiento aporta a la educación, ya sea en educación informal o formal, y en cualquier etapa ^{6,7}.

CONCLUSIONES

El uso de recursos basados en las TICs están claramente unidos a la innovación educativa, y juegan un papel fundamental para mejorar diferentes tipos de actuaciones y adaptarse a las nuevas características del contexto sanitario.

Como se ha podido observar en este título de postgrado, avance, investigación, y la mejora de la profesionalidad van unidos a las TICs, ya que sin ellas no sería posible la mayoría la excelencia profesional.

REFERENCIAS

1. Plan de estudio. Máster universitario nuevas Tendencias asistenciales en Ciencias de la Salud. Facultad de enfermería, fisioterapia y Podología. Disponible en: http://www.us.es/estudios/master/master_M100?p=7.
2. DeWalt, Kathleen M. & DeWalt, Billie R. Participant observation: a guide for fieldworkers. Walnut Creek, CA: AltaMira Press. 2002.
3. Kawulich. La observación participante como método de recolección de datos. Qualitative Social Research 2005; 6

- (2).
4. Objetivos y Competencias. Máster universitario nuevas Tendencias asistenciales en Ciencias de la Salud. Facultad de enfermería, fisioterapia y Podología. Disponible en http://www.us.es/estudios/master/master_M100?p=4.
 5. Alba Pastor C. El profesorado y las tecnologías de la información y la comunicación en el proceso de convergencia al Espacio Europeo de Educación Superior. Rev de educación 2005; 337: 13-36.
 6. Gallego Arrufat MJ. Tendencias y retos de la investigación en Tecnología Educativa. EDMETIC 2014; 3 (2).
 7. Piscotty R, Kalisch B, Gracey-Thomas A. Impact of healthcare information technology on nursing practice. Journal Of Nursing Scholarship 2015; 47(4): 287-293.

Uso de internet como fuente de información enfermera

José Miguel Rodríguez-
Baquero Virginia Yot-
Domínguez Cristina
Campos-Guerrero

josemiguelrb1987@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: INTERNET (DeCS), FUENTES DE INFORMACIÓN (DeCS), SALUD (DeCS)

INTRODUCCIÓN

Las redes de información forjan hoy día un potente conjunto de herramientas útiles, como los blogs^{9, 10} y las bases de datos, disponibles para que los profesionales hagan uso de ellas en su labor experta día a día. Contribuyen en la información y formación profesional con el fin de ayudarlos, al igual que a la población en general, a completar sus estudios sobre un tema concreto, ofreciendo calidad y rigor.

Cada vez más, estos sitios webs como los blogs, están en pleno auge, con una tendencia ascendente de uso por parte de la población y del entorno sanitario, generando diversos tipos de comportamientos en la demanda de información y el uso de los demás recursos sanitarios⁹.

Estas redes de información ayudan a los profesionales sanitarios a mejorar su criterio, orientar su praxis y optimizar más su toma de decisiones en su práctica clínica habitual^{9, 3, 8}. Por lo que se hace cada vez más necesario el hecho de que estas herramientas virtuales sean fiables y con información de buena calidad para influir de forma positiva en la vida y hábitos de los usuarios⁹.

1.

OBJETIVOS

Describir cómo internet es una fuente de información útil para la obtención de datos fiables para el desarrollo de la Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos científicas de la Biblioteca de la Universidad de Sevilla Fama + y en ScienceDirect. La estrategia de búsqueda es, usando las palabras clave "Internet" AND "Fuente de Información" AND "Salud", a texto completo de artículos de revista, entre 2010 y 2016, obtenemos 298 documentos, de los que se seleccionan 10 por total adecuación al tema.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La búsqueda de información en internet sobre la propia salud resulta positiva y frecuente, influyendo en la relación profesional-paciente, ejerciendo un efecto satisfactorio, por ejemplo, en intervenciones de cambio de comportamiento¹ en la consulta. Es decir, cuando el profesional quiere que el usuario/paciente comience a cambiar algunos aspectos negativos y perjudiciales en su estilo de vida, que afectan a su salud. Esta búsqueda es llevada a cabo por diferentes profesionales de distintas franjas de edad^{1, 2}, aunque la considerada de mayor riesgo de acceso de información poco fiable o sin el suficiente rigor científico, no sabiendo discernir entre los resultados, es la comprendida en menores de 45 años².

Muchos profesionales de enfermería, incluidos los estudiantes, relacionan el uso de internet como apoyo en la toma de medidas preventivas ante una actuación profesional, proporcionando bienestar personal^{3, 9}. Aunque no todos los sitios webs obtenidos a través de la red o internet, son totalmente viables, por lo que se hace necesario un asesoramiento práctico en salud para evitar caer en una mala práctica^{3, 8}. Esto se resolvería si se llevaran a cabo sesiones clínicas en las que se le enseñaran a los usuarios a evaluar la calidad de la información obtenida en internet, ya sea a través de campañas informativas o en encuentro grupales de intercambio de información⁸.

Predominan unas necesidades de información concretas con respecto al tratamiento de la salud por parte de los profesionales y usuarios del sistema, destacando como principales el diagnóstico, tratamiento y opciones terapéuticas^{4, 5}. Cabe destacar que todo lo relacionado con estas consultas clínicas, debe de ser tratado desde el profesional al paciente de forma que sea inteligible, estructurada y coordinada⁴ entre todos los profesionales para obtener una mejor comunicación y comprensión por parte del paciente, mejorando así su satisfacción y acuerdo con el sistema sanitario.

Algunos ejemplos de los usos más comunes de internet, a nivel práctico, por parte de los usuarios son para la consulta de prevención y tratamiento de enfermedades como el cáncer de mama⁵ o enfermedades digestivas⁶, entre muchas otras¹⁰. De todo ello, destaca la necesidad de consulta de sitios webs fiables, con información sanitaria de calidad^{5, 7}, que se adapte a la necesidad de búsqueda de respuestas con respecto a un problema de salud como éste. Es decir, conocer todo su proceso y pronóstico para afrontar mejor el momento de enfermedad.

CONCLUSIONES

Internet es una herramienta útil, rápida y eficaz para la búsqueda

de información de salud, consultas y aprendizaje que los profesionales de salud y la población en general pueden utilizar. Conforme más se conoce del tema, mayor es el grado de entendimiento y mayor conocimiento para destacar la información útil y veraz.

Se demanda con mayor frecuencia, el acceso a sitios webs sanitarios de calidad y con información veraz y fiable, enfatizando la aplicabilidad de estos conocimientos adquiridos a problemas diarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente M, Polentinos- Castro E, Garrido Barral A. Original: Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria* (2013, Jan 1); 45:46-53.
2. Miguel González I, Echevarría Broz C, Ferrero Fernández E, Suárez Gil P. Original: Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud. *Atención Primaria*. (2011, Jan 1); 43:281-286
3. García M, Cárdenas S, Piñan O, Trigueros M, Campos R, González C. El Internet como fuente de información sobre la salud: la visión de estudiantes de Andalucía, España. *Global Health Promotion*. (2015, Mar 1); 22:100-109
4. Bernad Vallés M, Maderuelo Fernández J, Moreno González P. Original: Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca. *Atención Primaria*. (2016, Jan 1); 48:15-24.
5. Abt Sacks A, Pablo Hernando S, Serrano Aguilar P, Fernández Vega E, Martín Fernández R. Original: Necesidades de información y uso de Internet en pacientes con cáncer de mama en España. *Gaceta Sanitaria*. (2013, May 1); 27:241-247.
6. Alarcón-Fernández O, Alonso-Abreu I, Carrillo-Palau M, Nicolás-Pérez D, Gimeno A, Quintero-Carrión E, et al. Original: Uso de Internet entre los pacientes con enfermedades digestivas en un hospital general. *Gastroenterología Y Hepatología*. (2011, Jan 1); 34:667-671
7. Jiménez-Pernett J, García-Gutiérrez J, Bermúdez-Tamayo C, Labry-Lima A. Original: Webliografía sobre salud para adolescentes y jóvenes. *Revista De Calidad Asistencial*. (2010, Jan 1); 25:4-11
8. Conesa Fuentes M, Aguinaga Ontoso E, Hernández Morante J. Original: Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Atención*

- Primaria. (2011, Jan 1); 43:33-40
9. González-Pacanowski T, Medina-Aguerreberere P. BLOGS PARA PACIENTES COMO NUEVA FUENTE DE INFORMACIÓN DE SALUD. (Spanish). El Profesional De La Información. (2011, Nov); 20(6): 652
 10. J. G, M. G, P. G, M. J. E, J. C. B. Blogs médicos como fuente de formación e información: El ejemplo del blog Pediatría basada en pruebas / Medical blogs as a source of training and information: the example of the blog "Pediatría basada en pruebas". Pediatría Atención. (2013); (57): 27

Promoción de la salud en adolescentes con anorexia nerviosa

Rocío Romero-Castillo¹
José Antonio Sánchez-Miura²

¹Graduada en Enfermería en Centro de Enfermería Cruz Roja. Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla.

²Graduado en Enfermería en Centro de Enfermería Cruz Roja. Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla. Experto Universitario en Urgencias y Emergencias. Escuela Internacional de Ciencias de la Salud.

rociomerocastillo@gmail.com

PALABRAS CLAVE: Anorexia Nerviosa [Anorexia Nervosa], Red Social [Social Networking], Enfermería de Práctica Avanzada [Advanced Practice Nursing], Promoción de la Salud [Health Promotion].

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser una tecnología relativamente moderna, Internet se ha convertido en una herramienta fundamental en nuestra sociedad. Su uso se ha incrementado exponencialmente en los últimos cinco años, en gran medida gracias al desarrollo de dispositivos portátiles como *tablets* y *Smartphone*, y de soportes informáticos como la Web 2.0. Esto ha supuesto una revolución de las redes sociales a través de aplicaciones como *Facebook*, *Twitter* o *Instagram*. En este contexto, la alfabetización mediática emerge como una prioridad^{1,2}.

El acceso fácil y rápido a la gran variedad de información que ofrece Internet ha supuesto un cambio drástico en nuestra forma de comunicarnos y de relacionarnos con nuestro entorno, sobre todo con la aparición y extensión de las redes sociales^{1 - 3}. Además de un gran avance en materia de comunicaciones y conectividad, el uso masivo de Internet y las redes sociales ha traído consecuencias negativas para la salud. *The unhealthy internet use*, o el uso no saludable de Internet es el nombre que los autores dan a este fenómeno cada vez más extendido entre la sociedad^{1, 2, 4}. Dichos medios de comunicación social pueden suponer un factor de riesgo para la salud de las adolescentes si se transmite información que propicie la adquisición o recaída de trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa^{2, 5}. Sin embargo, se puede hacer un buen uso de las aplicaciones y utilizarlas como grandes herramientas para promocionar estilos de vida saludable entre la población adolescente^{6 - 9}.

OBJETIVO

Objetivo general: Analizar la influencia de las redes sociales y las nuevas tecnologías en adolescentes con anorexia nerviosa.

Objetivo específico: Obtener información para el diseño de herramientas que promuevan estilos de vida saludable, mediante el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y Dialnet. La estrategia de búsqueda empleada fue: “Anorexia Nervosa” AND (Internet OR “Social Media”) empleada en las bases de datos PubMed, Scopus y CINAHL y “Anorexia Nervosa” AND (Internet OR “Medios de Comunicación Sociales”), utilizada para la base de datos española Dialnet (Tabla 1). El límite que se usó en las bases de datos fue la selección de artículos desde el año 2011 hasta 2016.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos cinco años.
- Población a la que van dirigidos: adolescentes del sexo femenino.
- Edad: entre 12 y 18 años.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Documentos encontrados	Seleccionados	Incluidos
PubMed	“Anorexia Nervosa” AND (Internet OR “Social Media”)	74	19	4
Scopus	“Anorexia Nervosa” AND (Internet OR “Social Media”)	142	24	5
CINAHL	“Anorexia Nervosa” AND (Internet OR “Social Media”)	49	17	3
Dialnet	“Anorexia Nervosa” AND (Internet OR “Medios de Comunicación Sociales”)	3	2	1

Los criterios de exclusión fueron:

- Anorexia secundaria a otras patologías.
 - No se tiene acceso al texto completo.
- Elaboración propia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvo un total de 268 resultados, de los cuales se seleccionaron 64 y se incluyeron finalmente 13 artículos en esta revisión. De los artículos incluidos, cuatro de ellos eran ensayos clínicos aleatorizados, tres analíticos observacionales de casos y controles y el resto eran descriptivos.

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los diferentes artículos y se pudo observar que algunos autores exponen el perjuicio que tienen las nuevas tecnologías en las adolescentes con anorexia nerviosa. Existen numerosas redes sociales y páginas en Internet que animan a la pérdida drástica de peso y al manejo de la alimentación de forma no saludable^{2, 3, 5}. Concluyen que cuanto más tiempo pasan las chicas adolescentes participando en redes sociales, más posibilidades poseen de desarrollar una imagen negativa de su propio cuerpo, así como diversos trastornos de la alimentación, como la anorexia nerviosa. Los adolescentes están altamente influenciados por lo que observan en dichas redes sociales, a las que tienen un fácil acceso. Se convierten en vehículos eficaces para transmitir y adoptar determinados estereotipos^{3, 4}.

Sin embargo, la mayoría de los autores abogan por la utilización de este recurso para promocionar hábitos de vida saludable^{1, 6 - 9}. Defienden el potencial terapéutico de las redes sociales en la anorexia nerviosa, si se utilizan para promocionar la salud^{10 - 13}. No obstante, es necesario realizar más estudios y poner en marcha programas dirigidos a la población adolescente, relacionados con la alimentación. Las futuras líneas de investigación podrían ir hacia la creación de nuevas herramientas que promocionen la salud de las adolescentes a través de la Web 2.0.

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación constituyen una buena herramienta para promocionar la salud de las adolescentes en cuanto a la alimentación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, debido al alcance que poseen las aplicaciones informáticas entre este colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Teufel M, Hofer E, Junne F, Sauer H, Zipfel S, Giel KE. A comparative analysis of anorexia nervosa groups on Facebook. *Eat Weight Disord.* 2013;18(4):413–20.

2. Celik CB, Odacı H, Bayraktar N. Is problematic internet use an indicator of eating disorders among Turkish university students? *Eat Weight Disord EWD*. 2014;167–72.
3. Hernández JJ, Jiménez D, Cañavate R. Analysis of information content and general quality of obesity and eating disorders websites. *Nutr Hosp*. 2015;32(2):606–15.
4. Gumz A, Uhlenbusch N, Weigel A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Decreasing the duration of untreated illness for individuals with anorexia nervosa: study protocol of the evaluation of a systemic public health intervention at community level. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):300. doi: 10.1186/s12888-014-0300-1.
5. Wooldridge T, Mok C, Chiu S. Content analysis of male participation in pro-eating disorder web sites. *Eat Disord*. 2014;22(2):97–110.
6. Tan T, Kuek A, Goh SE, Lee EL, Kwok V. Internet and smartphone application usage in eating disorders: A descriptive study in Singapore. *Asian J Psychiatr*. Elsevier B.V.; 2016;19:50–5.
7. Kass AE, Trockel M, Safer DL, Sinton MM, Cunning D, Rizk MT, et al. Internet-based preventive intervention for reducing eating disorder risk: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Behav Res Ther*. 2014;63:90–8.
8. Loucas CE, Fairburn CG, Whittington C, Pennant ME, Stockton S, Kendall T. E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;63:122–31.
9. Leung SF, Ma LC, Russell J. Breaking the silence of eating disorders with the hope of an online self-help programme. *Contemp Nurse*. 2012;40(2):245–57.
10. Ohlmer R, Jacobi C, Taylor CB. Preventing symptom progression in women at risk for an: Results of a pilot study. *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(4):323–9.
11. Ambwani S, Cardi V, Treasure J. Mobile self-help interventions for anorexia nervosa: Conceptual, ethical, and methodological considerations for clinicians and researchers. *Prof Psychol Res Pract*. 2014;45(5):316–23.
12. Grover M, Naumann U, Mohammad-Dar L, Glennon D, Ringwood S, Eisler I, et al. A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2011;41(12):2581–91.
13. Syed-Abdul S, Fernández-Luque L, Jian W, Li Y, Crain S, Hsu M. Misleading Health- Related Information Promoted Through Video-Based Social Media: Anorexia on YouTube. *J Med Internet Res*. 2013;15(2).

Uso de aplicaciones móviles en el manejo de las úlceras por presión

Virginia Yot-Domínguez Cristina Campos-Guerrero

virginiayot@yahoo.es

PALABRAS CLAVE: Las palabras clave utilizadas en este trabajo, según los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) son: Enfermería, salud, aplicaciones móviles, úlcera por presión y práctica clínica basada en la evidencia.

RESUMEN

Introducción y objetivo. Los profesionales de enfermería hacen uso de internet y de las App en salud para el desarrollo asistencial, asimismo un tema importante que se debe actualizar según la PCBE es el cuidado de las heridas, especialmente de las úlceras por presión (UPP). El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre el uso de aplicaciones móviles para el tratamiento y cuidados de úlceras por presión en el ámbito de la enfermería. Material y método. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos del buscador Fama+ de la Universidad de Sevilla, siguiendo la estrategia de búsqueda (“APP” AND “enfermería” AND “UPP”). Se seleccionaron 3 artículos para estudio por ser más afines al objetivo de la investigación. Posteriormente se llevó a cabo una segunda estrategia de búsqueda (“APP” AND “salud”). Del total se escogieron 4 artículos por ser pertinentes, todos ellos entre los años 2012-2016. Resultados y discusión. En la práctica asistencial enfermera podemos encontrar úlceras por presión que nos resultan difíciles de aplicar el tratamiento adecuado y para ello se han creado aplicaciones móviles (App) en las que la información aparecen con sólo entrar en ellas, pudiendo destacar tres: 1) GuiaUPP: gratuita, basada en la clasificación, valoración, prevención, tratamiento y productos a utilizar en UPP, solo para IOS de Apple; 2) PrevenApp: gratuita, utiliza la escala Braden y recomienda el uso de productos de marca interesada; 3) Trata la UPP: gratuita, acreditada por GNEAUPP y ANEDIDIC y añade la escala Fedpalla para valorar el tejido perilesional. Conclusiones. Las aplicaciones móviles se han convertido en una gran herramienta en la práctica asistencial de enfermería, especialmente las App del cuidado de UPP aportando al personal mayor seguridad en la toma de decisiones de una manera inmediata; entre ellas podemos encontrar tres App para UPP, todas gratuitas y fuertemente contrastadas: *GuiaUPP*, *PrevenApp* y *Trata la UPP*.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la práctica asistencial se fundamenta en el mejor conocimiento científico, de forma que éste se traslade a dicha práctica para garantizar el cuidado excelente. La práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) es el modelo más utilizado hoy en día por los profesionales sanitarios, objetivándose notorios resultados¹.

La consecución de este modelo para las enfermeras no está siendo sencillo, suponiendo un cambio relevante. Se han descrito una serie de problemas que el personal de enfermería ha encontrado al introducir las evidencias en su práctica habitual, estando estos agrupados en tres categorías: obstáculos relacionados con los propios profesionales, con el contexto social y con el contexto organizacional. Dentro de los inconvenientes relacionados con la organización se encuentran la sobrecarga asistencial, la escasez de recursos tanto humanos como materiales y la falta de tiempo para poder actualizarse, teniendo que emplear su tiempo libre para conseguirlo. Hay que sumar que estos profesionales no ven reconocido su trabajo. Esto crea desánimo y desmotivación que se traduce en que se aplique en menor medida la práctica clínica basada en la evidencia².

Es importante encontrar la forma de que se acceda a la información de manera más rápida. En España, el uso de las nuevas tecnologías es una vía ágil para alcanzar información médica y sanitaria¹. La mayoría de los ciudadanos usan teléfonos móviles con conexión a internet. Los profesionales de enfermería hacen uso de internet y de estas tecnologías para el desarrollo asistencial. Un tema importante que se debe actualizar según la PCBE es el cuidado de las heridas, especialmente de las úlceras por presión (UPP). Las UPP se originan por la unión de diferentes factores como edad, encamamiento prolongado, alteraciones fisiológicas, deshidratación y malnutrición, incontinencias³.... El tratamiento de estas lesiones es múltiple y los recursos materiales empleados para ello son muy diversos. Por este motivo, se deben actualizar los conocimientos de manera periódica. Para facilitar esta labor, se han creado aplicaciones móviles que favorecen y agilizan el acceso a la información necesaria para el cuidado de las UPP.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre el uso de aplicaciones móviles para el tratamiento y cuidados de úlceras por presión en el ámbito de la enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica buscando en bases de datos científicas pertenecientes a la Biblioteca de la Universidad de Sevilla, Fama +. Se llevaron a cabo dos estrategias de búsquedas distintas debido al escaso número de artículos encontrados centrados en el tema a tratar.

La primera fue “*APP AND enfermería AND UPP*”, donde se obtuvieron 12 artículos relacionados con el tema a texto completo y limitando la fecha de publicación entre los años 2012 y 2016. De estos documentos se seleccionaron y revisaron 3 artículos, y los demás se desecharon por no centrar el tema de estudio.

Se creó una segunda estrategia de búsqueda, siendo ésta “ *APP AND salud*”. Se obtuvieron un total de 1690 artículos de los cuales se escogieron 2 por ser pertinentes con el tema a tratar, también con limitación de fecha de publicación entre los años 2012 y 2016.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La úlcera por presión es una lesión originada en la piel por un proceso de isquemia, afectando directamente a epidermis, dermis, tejido subcutáneo, músculo e incluso hueso de aquellas zonas donde se presionen de forma mantenida entre dos planos duros. La clasificación de las UPP se establece en 4 estadios, como recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y

Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Según el estadio en el que se encuentre la úlcera, será empleado un tratamiento u otro⁴.

En la práctica asistencial enfermera podemos encontrar lesiones que nos resulta difícil aplicar el tratamiento adecuado. En ocasiones, debemos acceder a esta información inmediatamente y no demorarlo hasta tener tiempo para ello. Para ello se han creado aplicaciones móviles (App) en las que la información aparece con sólo entrar en ellas. En la literatura revisada se pueden hallar tres:

Una aplicación que se ha encontrado es “GuiaUPP”. Es la primera App que agrupa una gran cantidad de información completa sobre clasificación, valoración, prevención, tratamiento y productos a utilizar ante el deterioro de la integridad cutánea y tisular. En cada punto, se dispone de información actual, muy interactiva y con gran evidencia científica. Incorpora para la valoración de nivel de riesgo de deterioro de la integridad cutánea la escala de Braden, EMINA y Norton modificada⁵⁻⁶.

Es gratuita pero su mayor inconveniente es que solo está disponible para aquellos móviles que dispongan del sistema

operativo IOS de Apple, aún no está configurada para el sistema Android. Está en proceso de valoración para obtener el distintivo de “AppSaludable”⁵⁻⁶. Es una aplicación de uso fácil, cómoda y muy detallada.

“PrevenApp” es una aplicación móvil gratuita dirigida a los profesionales de enfermería que tiene como finalidad valorar el riesgo de que un paciente padezca una úlcera por presión. Utiliza para la valoración del deterioro de la integridad cutánea y tisular la escala de Braden. La App nos ofrece el resultado obtenido al aplicar la escala y nos propone recomendaciones y cuidados adecuados para la prevención y el tratamiento de la lesión⁵. Presenta una limitación que es que sólo propone productos de una marca comercial, debido a que esta aplicación fue creada por dicha empresa (Smith-Nephew).

La última aplicación localizada es “Trata la UPP”. Reúne información extraída de guías de práctica clínica sobre úlceras por presión acreditadas por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y heridas crónicas (GNEAUPP) y la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC). La app ofrece al usuario un algoritmo de pasos a seguir según las respuestas ofrecidas por la persona que la usa esta aplicación y según el estado en el que se encuentra la herida. Finalmente ofrece el abordaje necesario para tratarla. Cuenta con un espacio determinado para definir técnicas, escalas Emina, Norton y Braden para la valoración de UPP y añade además la escala Fedpalla para valorar el tejido perilesional. Incorpora también un listado de productos sanitarios usados para las curas de heridas con nombre genérico y comercial, la imagen del producto y sus indicaciones de uso⁷.

Esta aplicación también se encuentra disponible gratuitamente para los sistemas operativos IOS, Android y WindowsPhone y está en proceso de valoración para conseguir el distintivo de “AppSaludable”, como la aplicación “GuiaUpp”.

CONCLUSIONES

Las aplicaciones móviles se han convertido en una gran herramienta en la vida diaria de las personas y más aún cuando hablamos de APP en salud para los profesionales de enfermería, especialmente las aplicaciones que ayudan al profesional en el cuidado de las heridas o UPP.

En la práctica asistencial enfermera se encuentran lesiones ulcerosas de difícil tratamiento y acceder a la información adecuada inmediatamente mediante una aplicación móvil posee la ventaja de la rapidez y además aportan mayor seguridad al profesional ante la toma de decisiones.

Actualmente podemos encontrar 3 APP para UPP, todas gratuitas y fuertemente contrastadas: *PrevenApp* con el inconveniente de que sólo indica productos de la marca del promotor de la aplicación, *Trata la UPP* y *GuíaUPP* ambas en proceso de conseguir el distintivo de “AppSaludable” y esta última con la desventaja de estar disponible exclusivamente para IOS de Apple.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo A. Editorial: Nuevas tecnologías, apps y su aplicación en la práctica clínica basada en evidencias. *Enfermería Clínica*. (2014, Mar 1); 24:99-101.
2. Sánchez García I. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* (2013); 23:279-283.
3. Paola C, Mayte M. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes / Pressureulcers in gerontology: prevalence and defining variables of injuries and patients. *Gerokomos*, (2015); (2): 63-67.
4. Blanco López J. Definición y clasificación de las úlceras por presión. (2012); available from: RECERCAT.
5. ArantónAreosa L. App Salud - Aplicaciones móviles de utilidad sanitaria. *Enfermería Dermatológica*. (2013); 44:18-19.
6. Pérez Barreno D. GuíaUPP: todo el conocimiento sobre úlceras por Presión en tu móvil (a pie de cama). *Enfermería Dermatológica*. (2013); 48:18-19.
7. Sarria Cabello A. *Trata la UPP, la nueva app enfermera*. (Spanish). *Agora De Enfermería*. (2015, Dec); 19(4): 180-182.

Acreditaciones

1. Resolución de Acreditación como Actividad de Formación Continuada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento

RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Vista la solicitud presentada por Centro de Enfermería de Cruz Roja Española en Sevilla para la acreditación de Jornadas o Congresos de formación continuada de las profesiones sanitarias, con los siguientes:

HECHOS

PRIMERO. Con fecha 04/04/2016, Centro de Enfermería de Cruz Roja Española en Sevilla presenta la solicitud por si se estimara oportuno la acreditación de la jornada o congreso.

SEGUNDO. El expediente 1615/2016 ha sido debidamente tramitado por la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento, realizándose la valoración por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en la forma prevista por los criterios generales y mínimos establecidos por la Comisión Nacional de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias para la Acreditación de Jornadas y Congresos.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. La Directora General de Investigación y Gestión del Conocimiento es competente para conocer y resolver la presente solicitud, en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 2 del Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que regula el procedimiento de Acreditación de las Actividades de Formación Continuada de las profesiones sanitarias y por el artículo 10. e) del Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

Vistos los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación, esta Dirección General

RESUELVE

PRIMERO. Acreditar con 0,8 créditos la jornada o congreso IV Jornadas de Enfermería I+D+i. II Jornadas Internacionales. Enfermería y uso de la Comunicación 2.0: Promoción de Estilos de Vida Saludables organizada por Centro de Enfermería de Cruz Roja Española en Sevilla, por reunir los requisitos establecidos.

SEGUNDO. En el diploma tendrá que constar el número de créditos y, de acuerdo con los criterios de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, el logotipo de la citada Comisión, y el texto "Actividad acreditada por la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía". Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

Contra la presente resolución, que no pone fin a la vía administrativa, podrá anteponerse recurso de alzada ante la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, en el plazo máximo de un mes contando desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 114 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Sevilla, en el día de la fecha.

LA DIRECTORA GENERAL

Fdo. Dña. María Isabel Baena Parejo



Información de firma electrónica del documento

Id transacción	Formato de firma	Fecha y hora de la firma	Firmado por
1486508439491771	CADES-T	Mar Jun 21 13:28:24 CEST 2016	30463969E - MARIA ISABEL BAENA PAREJO

La operación de firma electrónica se ha realizado a través de la plataforma @FIRMA de la Junta de Andalucía. Puede comprobar su validez usando el Id transacción en http://www.juntadeandalucia.es/agenciacalidadsanitaria/acsa_acreditacion/verificafirma/ognr.asp

2. Acuerdo de Reconocimiento Académico por la Universidad de Sevilla.



Su Ref.:
Ntra. Ref.: **Área de Ordenación Académica** Salida:
RCG
Asunto: Cdo. Acuerdo Comisión de Reconocimiento Académico Sesión del 7 de abril de 2016
Destinatario:
Sr. Director del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja
Avda. de la Cruz Roja 1
41009, Sevilla.

Escuela Universitaria Enfermería Cruz Roja - Sevilla

Sevilla, a 7 de abril de 2016

17 MAYO 2016

ENTRADA N.º ...853...

Una vez estudiada la propuesta presentada para la realización de la actividad "IV JORNADAS DE ENFERMERÍA I+D+I. II JORNADAS INTERNACIONALES. ENFERMERÍA Y USO DE LA COMUNICACIÓN 2.0: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES", la Comisión acuerda autorizar 10,5 horas, 0,4 créditos ECTS y 1 LRU.

El órgano proponente debe realizar un control y seguimiento de la actividad realizada por el estudiante y, a su conclusión, expedir un certificado en el que se detallen las horas y créditos computables que serán objeto de reconocimiento.

Así mismo, le recuerdo que, una vez concluida la actividad, deberá remitir a la dirección de correo cotta@us.es la **Memoria de Desarrollo de la Actividad** en el **modelo normalizado** al efecto que puede encontrar en el siguiente enlace:
<http://servicio.us.es/academica/reconoactivgrados>

Atentamente,

Fdo.: Agustín del Castillo García
Secretario de la Comisión de Reconocimiento de Créditos.



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Registro ISBN

1. Ficha de Registro del International Standard Book Number (ISBN)

AGENCIA DEL ISBN		Registro ISBN		Nº de Registro	2020027237
				Fecha entrada	16/04/2020
ISBN 978-84-09-19501-5				Fecha mod.	25/09/2020
Título	IV Jornadas de Enfermería I+D+i. II Jornadas Internacionales. Sevilla 28 de abril de 2016				
Subtítulo	Libro de Comunicaciones				
Autorías	Centro de Enfermería de Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla (Entidad) - Jornadas de Enfermería I+D+i 4 2016 Sevilla (Congreso) Botello Hermosa, Alicia (Coordinación editorial de) - Ponce Blandón, José Antonio (Director editorial) - Pabón Carrasco, Manuel (Editado por)				
Editorial o Autor/Editor	Cruz Roja Española Avda. Cruz Roja, 1 duplicado, Sevilla, 41009, Sevilla				
Formato	Digital: descarga				
Edición	Nº y mención de edición	Fecha de aparición		ISBN edición anterior	
	1	14/04/2020			
Colección					
Idioma	De la publicación	Traducido del		Original	
	Español / Castellano				
Descripción	Nº de páginas	Ilustraciones	Tamaño		
Materias IBIC / THEMA	MQCB, Investigación y teoría de la enfermería (Original) / MQCB, Investigación y teoría de la enfermería (Original)				
Material anejo					
Obra en varios volúmenes	Nº de volúmenes	O si es un volumen	ISBN de la obra completa	Nº de este volumen	
Libro de texto					
Notas					

Agencia del ISBN en España
902 105 389 - agencia@agenciaisbn.es - www.agenciaisbn.es - Cea Bermúdez 44, 28003 Madrid

Fecha

28 de abril de 2018

Lugar

Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla
Avda. Ramón y Cajal, 20 acc. B · 41005 Sevilla

Información y contacto

Web: <http://idi.enfermeriadesevilla.org>

Correo electrónico: esense@cruzroja.es

Tlf: 954 350 997

Organiza:



Con la colaboración de:



www.enfermeriadesevilla.org 954 350 997