

XI Jornada de Enfermería y Salud «Cómo convertirse en una Enfermera 2.0 y no morir en el intento»

**Master Class by Xosé Manuel Meijome &
Serafín Fernández**



Salón de Actos del Complejo Asistencial Universitario de León

www.enfermeriaysalud.es



Información e Inscripción
aees25@hotmail.com
Tlf.: 0666036695

Colabora:

cuidando.es

Complejo Asistencial
Universitario de León

Sacyl

Junta de
Castilla y León



Consejo de Planificación y Coordinación de las Profesiones
Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León

ACREDITACIÓN 0,7
CRÉDITOS POR LA CFP DE
CASTILLA Y LEÓN

Introducción a la Enfermería y Web 2.0

Indudablemente, la creación de la Red, Internet o la Web supuso una revolución en las comunicaciones, de dimensiones equiparables, o incluso superiores, a lo que supuso la prensa, como equipamiento, para la edición de los periódicos escritos. Abrió un mundo inimaginable antes para la mente humana en materia de acceso a la información a escala mundial. Bastaba con un ordenador, un *software* y acceso apropiado a líneas telefónicas para poder acceder a cualquier página Web, alojada en cualquier servidor de cualquier país del mundo. Esto abrió la puerta a un número ilimitado de **información de cualquier tipo, cualquier tema y de cualquier calidad**.

Sin embargo, hasta los inicios del siglo XXI, el individuo que accedía a Internet era un mero **sujeto pasivo**, receptor de la información a la que él quería (o podía) acceder pero sin posibilidades de publicar en la Web salvo que contratase unos servicios para crear un espacio Web o tuviese unos conocimientos avanzados de informática. Es lo que se denominaba **Web 1.0**. Además, la información que se proporcionaba era muy estática, poco cambiante, salvo que se destinasen recursos (sobre todo de tiempo personal) a actualizar dicha información o se utilizasen bases de datos de las que la página iba “absorbiendo” para actualizar más frecuentemente la información (**Web 1.5**).

En el año 2004, Tim O’Reilly, presidente de O’Reilly Media, acuña el término **Web 2.0** refiriéndose a cambios en los software (programas informáticos) que nos permiten procesar y manejar archivos en la Web convirtiendo así al sujeto en un ente activo en su interacción con la Web; es decir, el internauta adquiere la capacidad de publicar en la Web mediante el empleo de herramientas informáticas relativamente sencillas de usar.

Las características sobre las que está basada la Web 2.0 son:

1. La World Wide Web como plataforma. Básicamente, lo que se publica está almacenado en la Web, no en ordenadores particulares ni de empresas. Evidentemente, la información existente en la Web está soportada por servidores muy potentes que la almacenan y protegen.

2. Aprovechar la inteligencia colectiva. Se trata de que todo el mundo pueda aportar su granito de arena a un tema concreto. En el mundo sanitario, esto abre la puerta a una mayor interacción entre profesionales sanitarios y pacientes y, en muchos casos, el paciente deja de ser un sujeto pasivo para convertirse en sujeto activo de búsqueda de información, aportación de experiencia personal para una enfermedad concreta, crítica a la actuación de profesionales, etc.

3. La gestión de la base de datos como competencia básica. Lo que importa en la Web 2.0 es el contenido y cómo se maneja ese contenido. Se trata de tener bases de datos potentes que permitan búsquedas desde diferentes puntos de interés. Se está trabajando en la actualidad en la “Web semántica”, es decir, aquella que nos permitirá buscar en la Web no por palabras clave sino por frases o contenidos concretos.

4. El fin del ciclo de las actualizaciones de versiones del software. Al estar basado en la Web, es esperable que los usuarios no necesiten estar comprando y actualizando programas informáticos para acceder y publicar sus contenidos, pues de ello se encargarán las empresas que gestionan los recursos Web 2.0.

5. Modelos de programación ligera. Búsqueda de la simplicidad. Se trata de que el usuario no sea un experto en programación informática para poder hacer uso de las herramientas y sentirse creativo. Además, para el usuario tipo, hay muchas herramientas de los paquetes de programas informáticos actuales que no se utilizan por desconocimiento o complejidad.

6. El software no limitado a un solo dispositivo. Ésta es una característica esencial, el poder acceder a la Web desde cualquier dispositivo: un ordenador, un PCtable, un teléfono móvil, el televisor de casa. Y esto ha de ser así porque la Web 2.0 es muy dinámica y el usuario debe tener la posibilidad de acceder siempre que le apetezca y no estar sentado, necesariamente, delante de un ordenador.

7. Experiencias enriquecedoras del usuario. Se trata de que el usuario de la Web 2.0 se sienta libre e independiente, a la vez que parte de una comunidad a la que contribuye con sus aportaciones. Los *blogs* son un ejemplo claro de esta experiencia enriquecedora. Cualquiera puede seguir un blog y aportar sus comentarios o crearse su propio blog para expresar sus opiniones.

En la Web 2.0 se puede realizar una amplia variedad de tareas, desde escribir tus opiniones en menos de 140 caracteres y lanzarlas a tus seguidores de twitter, pasando por crear un espacio donde publicar tus ideas y proporcionar información que consideras de utilidad en un blog, crearte un espacio donde darte a conocer de una forma más cercana (como en Facebook, Myspace, Linked-in, etc.) tener repositorios de fotos (Picasa, Flickr) o vídeos (Youtube), o aportar conocimientos a la inteligencia colectiva editando entradas en las wikis (enciclopedias virtuales), etc.

Veamos algunas de ellas con un poco más de detalle.



La blogosfera

La blogosfera es el conjunto de blogs que existen en la red. Se ha denominado como "el universo de los diarios online". Según Technorati (portal especializado en el registro y clasificación de blogs), en todo el mundo se generan diariamente 1,2 millones de blogs (unos 50.000 por hora). Respecto a los blogs sanitarios, éstos pueden ser personales (actualizados por un profesional sanitario) o corporativos (desarrollados por empresas y asociaciones).

Hemos hecho una selección de diez blogs que creemos pueden ser útiles y de gran interés para el personal de enfermería con una **actitud 2.0**, pasando de ser consumidores pasivos de contenido generado por terceros a ser prosumidores, es decir, **consumidores y productores de contenidos al mismo tiempo**.

Entre los blogs que hemos seleccionado se encuentran:

"Salud con cosas" cuyo autor Miguel Ángel Máñez es economista, trabaja en el sector sanitario público desde 2001. Tras su paso por diversos hospitales, desde abril de 2012 desempeña el puesto de Director Económico en el Departamento de Salud de Elda.

Cuadernillo d@ enfermeir@, creado por Xoxé Manuel Meijome, enfermero de quirófano del Hospital El Bierzo, empeñado en mostrar que más que nunca el valor del SNS público está en manos de los profesionales, en sus capacidades y actitudes.

La Comisión Gestora™, cuyos autores son Carlos Nuñez y Andoni Carrion lo consideran una columna de opinión con un toque ácido y divertido en la que, desde la diversión y la autocrítica, opinan sobre las cosas que nos llaman la atención en esto de la atención a la salud. Cuidando.es, editado por Serafín Fernández y Antonio Jesús Ramos, y cuyo objetivo según los autores es informar, reflexionar, difundir, visibilizar y asesorar sobre diferentes aspectos relacionados con la práctica enfermera.

Enfermería Basada en la Evidencia, Azucena Santillán es la creadora de este blog de referencia en investigación enfermera; en la actualidad trabaja de profesora en la Escuela Universitaria de Burgos.

Nuestra Enfermería blog independiente de enfermería, su autor Fernando Campaña y sus colaboradores pretenden que su blog sea un punto de encuentro entre profesionales y usuarios en temas de salud y siempre desde el punto de vista de la disciplina de la enfermería.

PLAN EIR, creado por Ana que es matrona y cuyo objetivo objetivo es dar a conocer todo lo referente al examen EIR (consejos, simulacros, información, estadísticas...).

NOSOCOMIAL, creado por Carmen Villar, Carmen Villar, enfermera y supervisora de la Central de Esterilización, del Hospital de Zamora, y que con la cita que subtítulo su nombre ya nos indica por donde "van los tiros" de este blog ("Si ya sabes lo que tienes que hacer y no lo haces entonces estás peor que antes. Confucio)

Libro de relevos, su autora @EnfermeraSaturada aporta una visión cómica y ácida a la realidad enfermera actual.

Enfermería 2.0, Rosa M. Nieto es su creadora, es Enfermera y Antropóloga. Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria y cada post que publica es una clase magistral sobre cualquiera de los temas que trata.

Reproducimos un post de cada uno de estos blogs a continuación.



Salud con cosas <http://saludconcosas.blogspot.com.es/>

El hospital del futuro 25 de Septiembre de 2013

Como ya escribió Borges hace unos cuantos años: "*El futuro no es lo que va a pasar, sino lo que vamos a hacer*". Por eso es necesario escribir acerca de nuestros planes de futuro, ya que en muchos momentos y casi de forma imperceptible miraremos esos apuntes para no perdernos. En el caso de los hospitales, para muchos su futuro equivale a hablar de tecnología (más medios, más equipos, más dinero) pero el futuro es mucho más que eso.

En España ya ha habido algún intento serio de esbozar el hospital del futuro, gracias a la iniciativa (en forma de libro) del Club Gertech y de Madrid Network. El libro recoge la opinión de más de 30 expertos que hablan de eficiencia, de valor, de redes, de información... y de tecnología por supuesto.

Hace unas semanas, el Royal College of Physicians publicó por fin el informe final de su "*Future Hospital Commission*", una comisión que ha trabajado duro para lanzar una serie de elementos básicos de la atención hospitalaria y unas recomendaciones para el futuro. Podéis descargar todos los documentos en la web de la comisión, merece la pena su lectura pausada ya que hay algunas propuestas bastante radicales.

Algunos principios básicos definidos para el modelo de hospital del futuro que merece la pena destacar del informe son los siguientes:

- La experiencia del paciente tiene tanta importancia como la efectividad clínica. De hecho, en el primer principio que definen aparecen elementos de calidad percibida (alimentación, confort, etc) además de un trato basado en la dignidad y el respeto.
- En el hospital el paciente es el centro de los cuidados y no debe moverse de su habitación salvo que sea necesario. Los cuidados deben acudir al paciente y no al revés.
- El traspaso de cuidados debe estar muy bien planificado (entre profesionales, entre unidades, etc).
- Mucha y buena comunicación con el paciente y con sus familiares y cuidadores.
- Los cuidados deben diseñarse pensando en el autocuidado y en la promoción de la salud.
- Todos los pacientes deben tener un plan de cuidados.
- Los profesionales deben realizar su trabajo en un entorno centrado en la seguridad del paciente y en la calidad de los servicios.

Además, el informe incluye 50 recomendaciones tipo hoja de ruta. Destacamos algunas:

- Desde una perspectiva organizacional, el informe aboga por diluir la actual separación por especialidades y agrupar diversas especialidades para conseguir una mayor coordinación y promover la cultura centrada en el paciente. Además, se crean nuevas figuras de coordinación de cuidados para salvar la clásica separación entre profesionales.
- La figura del internista es clave, dada la complejidad de los pacientes del hospital. El informe incluso recomienda que la formación de los especialistas incluya la medicina interna entre las materias.
- La coordinación con otros profesionales es un elemento que se repite a lo largo de todo el informe, principalmente con atención primaria y con los servicios sociales y comunitarios.
- Nuevos modelos de trabajo centrados en la ambulatorización y en las consultas fuera del hospital (residencias de ancianos, por ejemplo).
- Mejorar (aún más) los cuidados a pacientes mayores (¿geriátrica en urgencias y en planta?), a pacientes con problemas mentales y a pacientes vulnerables (sin hogar, por ejemplo).
- Adaptar la organización y la estructura asistencial a las nuevas necesidades.
- Todos los sistemas de información deben basarse en una historia electrónica. En todos esos sistemas, el centro es el paciente, no la enfermedad. Y por supuesto dichos datos estarán a disposición de profesionales y de pacientes.
- Rediseñar los servicios y procesos pensando en el paciente y en su experiencia.
- Desarrollar el liderazgo enfermero y potenciar el papel de los supervisores de planta.
- Trabajo coordinado entre médicos y enfermería en las unidades de hospitalización.

Una curiosidad final: se incide especialmente en no mover al paciente una vez esté ingresado en su habitación. De hecho, se propone informar al paciente los siguientes compromisos:

Our commitment to patients – moving beds

1 We will only move you on the basis of your needs.

2 We will explain to you where you are moving to and why. Where possible, we will tell you how long you are moving for.

3 We will not move you at night unless your needs urgently require it.

4 We will make sure you know who to speak to about your needs, treatment and care.

5 We will make sure your family know where you are and why you are there (unless there are circumstances that mean this is not appropriate).

En resumen: el paciente debe situarse en el centro de la atención, la coordinación de los cuidados es una obligación, el hospital debe establecer una comunicación constante con atención primaria y con otros servicios comunitarios, respeto y dignidad 24 horas/día, calidad técnica y percibida al mismo nivel.

Como vemos, la tecnología es una parte básica (se asume casi como parte del presente) pero el futuro va mucho más allá. Centrar el futuro de los hospitales en su desarrollo tecnológico nos llevará a centros de vanguardia en los que las técnicas serán más importantes que las personas. Y así tendremos hospitales con estructuras y modelos de coordinación de la época del INP con tecnología del siglo XXI. Y ese no es el camino...

PD: seguro que Rodrigo o Sergio hacen un análisis mucho más certero y completo que el nuestro. Estaremos atentos a sus blogs.

Cuadernillo d@ enfermeir@

<http://cuadernillosanitario.blogspot.com.es/>

Pero ¿Que es "planificar el alta"? 29 de Agosto de 2013

Muchas cosas han cambiado en los últimos 10 años en la atención sanitaria y en la hospitalaria en particular cambios en todos los frentes que han venido a significar, entre otras cosas, que el paciente que ha de ingresar en el hospital permanece en el mismo menos tiempo y que se haya adoptado como indicador de calidad, por fin, la "tasa de reingreso" (pese a todas las debilidades e incongruencias que conocemos en su cálculo).

Si en la duración de la estancia hospitalaria el papel de los cuidados de enfermería es importante no lo es menos en la disminución de la tasa de reingreso y no voy a hacer referencia esta vez al destacado papel de la "continuidad asistencial" (será nueva etiqueta de este blog) sino a la planificación del alta.

El alta desde una unidad de hospitalización no es 'otra' transición de cuidados sino que es un proceso que se inicia en el mismo momento del ingreso y no terminará hasta que se cierre el episodio de atención (si ocurre) en las diversas modalidades de seguimiento que ahora existen.



El proceso del alta hospitalaria es tan relevante para el logro de los objetivos de la atención sanitaria que, como visteis en esta entrada, la legislación sobre plantillas de enfermería (en EEUU) incluye el tiempo que se ha de dedicar a esta tarea entre sus elementos de cálculo.

Pero, ¿qué es "planificar el alta"? Como ya comenté no se trata de un hecho sino de un proceso, un proceso cuyo éxito depende de conocer unas variables para adaptar nuestras intervenciones a las características del caso. Gran parte de nuestro conocimiento de esas variables depende de la valoración inicial ¿cual es el entorno de vida habitual del paciente? ¿vive sólo o acompañado? ¿quien es o será "cuidador principal"? ¿que nivel de "alfabetización sanitaria" tienen?

La mayoría de las divagaciones sobre la escasa planificación del alta se colocan detrás de "Pero si no sabemos cuando se la van a dar, cuando nos avisan lo hacen el día antes como mucho" y otras centradas en el "cuando" o en los aspectos clínicos del "como" ("no sé si va a llevar colostomía", "no sabemos si llevará O2") pero sólo reflejan que, en realidad, trabajamos con retraso pues desde el inicio existen problemas (diagnósticos puede...) sobre los que podemos ir actuando para llegar a ese momento preparados para que el informe de alta no sea un formulario (ahora oficial con su estructura y contenidos mínimos regulados) que rellenamos "para los de arriba" sino la herramienta que asegure una transición de cuidados eficaz y que refleje la labor realizada para evitar posibles reingresos por complicaciones.

La Comisión Gestora™

<http://lacomisiongestora.blogspot.com.es/>

Que sepas que ser eres...

14 de agosto de 2013



Aunque estamos disfrutando enormemente de estos días de asueto y abulia (le he robado el piji-palabro a Taite de este estupendo post) seguimos navegando a ratos y observando el correr del mundo que nos rodea.

Mientras meditábamos sobre la famosa foto del Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del SNS, lo vacío del mismo (como bien explica Manyez en este post), el porqué de la puesta en escena (que también explica Juan F. Hernández en este post), los verdaderos intereses del pacto (también muy detalladamente explicado por Juan F. Hernández en este otro post) y en la poca representatividad enfermera de los autodenominados interlocutores (i)legales de la enfermería (teóricamente Satse solo representa a sus afiliados y votantes y el Consejo tiene un enorme problema con el frente levantino y con las CCAA, donde la colegiación no es obligatoria como Andalucía), hemos tenido conocimiento de una terrible noticia.

La Audiencia Provincial de Valencia (de nuevo viene de la Comunidad Valenciana una terrible sentencia para enfermería) ha condenado a dos enfermeras y una farmacéutica a penas de cárcel por negligencia con resultado de muerte. Además de leer la noticia en este enlace del periódico El País, recomendaría echar un vistazo a los más de doscientos comentarios.

Una vez dictada la sentencia, da igual que dudemos de la proporcionalidad de la pena para las dos enfermeras (la negligencia es innegable) como ha hecho el Cecova con esta nota de prensa a toro pasado, que nos excusemos en la posible bisoñez de las profesionales como causa de los problemas de seguridad (como se hablaba en la iniciativa con L de enfermera), de la responsabilidad de la organización (tan bien explicado en este post de ImagineFarma) o la falta de cultura de seguridad (de nuevo Juan F. Hernández en este otro post), lo que nos tiene que quedar meridianamente claro es que las enfermeras, quieran o no, mediante la acción o la inacción, de forma consciente o inconsciente, de forma directa o delegada, somos RESPONSABLES de TODO lo que le ocurra a los pacientes que atendemos mientras estamos ejerciendo.

Da igual que muchas enfermeras se pongan de costado, que eviten pronunciarse sobre el tema o eviten la posible confrontación (con la excusa del buen clima laboral y del trabajo en equipo) ante posibles errores/discrepancias en las indicaciones, esta sentencia deja bien claro (y que se condene también a la pobre técnico auxiliar de cuidados que solo trasladó los viales es definitivo) que todo aquel que participe en un proceso negligente es corresponsable.

Por eso, a toda aquella enfermera que sigue mirando a las nubes pese a sentencias como ésta, solo me queda una cosa por decirle, parafraseando al personaje de "El Fariseo" de José Mota, que aún no siendo (o no queriendo ser responsable) **QUE SEPAS QUE SER ERES** (responsable de todo lo que pasa por tus manos).

Por ese motivo, y siguiendo el espíritu de #TheCofiaDay, si voy a ser responsable, quiero serlo "por derecho". Quiero poder prescribir, indicar, dudar y contradecir las prescripciones/indicaciones de terceros en ejercicio de mi responsabilidad profesional y quiero poder hacerlo con sustento legal, no a base de hechos consumados y de confrontación.

La prescripción enfermera debe ser una realidad a la de ya. Es nuestra responsabilidad asumir esa responsabilidad.

Cuidando.es

<http://www.cuidando.es/>

(Des)Ordenación de la profesión enfermera 5 de Septiembre de 2013



Érase una vez que se era, un centro sanitario de nuestro país, donde convivían diferentes tipos de profesionales de Enfermería:

Diplomado en Enfermería: profesional que realizó sus estudios en 3 años.

Graduado en Enfermería: profesional que realizó sus estudios en 4 años.

Diplomado en Enfermería, que una vez finalizados sus estudios, ha realizado diferentes cursos de formación continuada.

Diplomado en Enfermería con diferentes títulos de expertos (en Gestión, en Nefrología, en Quirófano, en Emergencias).

Diplomado en Enfermería con diferentes Máster (de Investigación, de Gerontología, Ciencias de la Salud, Curas y Heridas, etc).

Diplomado en Enfermería, con Máster y título de Doctor (en Enfermería, Biología, Psicología, Sociología, etc).

Diplomado, con Máster, título de Doctor, acreditado por alguna Agencia de Calidad con un nivel Excelente.

Diplomado, sin Máster, sin título de Doctor, acreditado por alguna Agencia de Calidad.

Diplomado, sin Máster (o con Máster), especialista sin plaza (porque de momento no se han sacado de su especialidad), acreditado (o sin acreditar)...

Etc, etc, etc,

Hay muchas más opciones y combinaciones. El caso es que todos ellos, trabajan en el mismo centro, quizás, en las mismas unidades, están contratados de la misma forma, atienden a la misma población e incluso, a efectos retributivos, cobran lo mismo.

Si yo tuviera capacidad de decidir sobre el futuro de la profesión enfermera me sentaría y pensaría como podemos arreglar este desaguisado.

¿Tú qué opinas?

photo by: Wistful ~ back to unreality

Enfermería Basada en la Evidencia

<http://ebevidencia.com/>

Como citar un tuit en un trabajo científico de manera automática 28 de Septiembre de 2013

Cada vez se utilizan más los medios sociales en el ámbito de la investigación y la docencia. Siendo así, no es de extrañar que cada vez aparezcan más elementos como tuits, post de blogs etc. citados en trabajos científicos.

En la siguiente tabla se muestra de manera gráfica y resumida como se pueden citar estos elementos socialmedia:

Ya sabemos que citar estas fuentes es perfectamente posible y además en ocasiones obligado y hoy me voy a centrar en la citación de los tuits de Twitter.

Esta tarea no es demasiado complicada. El hecho de que el autor del tuit sea sólo uno y de que se trate de un recurso digital, facilita mucho las cosas. Tanto el estilo Vancouver, como AMLA y APA tienen normas específicas para la citación de recursos web pero es en los estilos AMLA y APA donde encontramos más referencias tuiteras y de recursos útiles al respecto.

De hecho, existe un recurso que nos facilita la citación de tuits de manera automática: Tweet2Cite. Su uso es muy básico: basta con introducir la url del tuit original y se generan de manera automática las citas en AMLA y APA.

	MLA	APA
BLOG POST	Lastname, Firstname. "Title of the Blog Post Entry." <i>Blog Title</i> . Publisher. Date posted. Web. Date Accessed.	Lastname, Firstinitial. (Year, Month Date). Title of the Blog Post Entry. [Web Log Post]. Retrieved from http://thewebsite.com
YOUTUBE VIDEO	Title of Video. Date of Publication of Video. YouTube. Web. Date Accessed.	Lastname, Firstinitial. (Year, Month Day). Title of video [Video file]. Retrieved from http://www.youtube.com/specificURL
TWEET	Lastname, Firstname (Username). "Enter the tweet message here." Date posted, time viewed. Tweet.	Twitter handle. (Year, Month Day). Enter the tweet message here. [Twitter post]. Retrieved from http://twitter.com
FACEBOOK POST	Lastname, Firstname. "Enter Facebook post here." Facebook. Date posted. [Date accessed. <web address>]	Username. (Year, Month Day). Enter Facebook post here. [Facebook update]. Retrieved from http://facebook.com
EMAIL	Lastname, Firstname. "Subject of Message." Message to Recipient's Name. Date of Message. Email.	<i>In text citation only</i> (personal communication, Month Day, Year)

©TeachBytes 2013.

Tweet2Cite

A quick, easy, and free citation generator that converts Tweets into, properly formatted MLA and APA, citations. Paste a link to the Tweet you want to cite in the field below, click 'Go', and you're on your way!

Paste Tweet link here...



MLA:

Santillán, Azucena (Ebevidencia). "Biblioteca básica de ayuda a la lectura crítica: #Pdf interactivo <http://t.co/RZ2jgmZ3KK> #enfermeria #mbe #ebe #fsr." 28 Sep 2013, 07:26 UTC. Tweet.

APA:

Ebevidencia. (2013, Sep 28). Biblioteca básica de ayuda a la lectura crítica: #Pdf interactivo <http://t.co/RZ2jgmZ3KK> #enfermeria #mbe #ebe #fsr [Twitter post]. Retrieved from <https://twitter.com/Ebevidencia/status/383855142040121344>

Por cierto, os animo a que si localizáis algún artículo o texto en el que venga algún tuit incluido en la bibliografía, lo comentéis aquí y los revisamos 😊

BIBLIOGRAFÍA

1. C.M. Alexis. "How do you cite a tweet in an academic paper?". Disponible en <http://www.theatlantic.com/technology/archive/2012/03/how-do-you-cite-a-tweet-in-an-academic-paper/253932/>. Consultado en Septiembre 2013.
2. Sastre Miralles, N.; Navarro Laboulais, CT. (2013). Cómo citar la bibliografía en los trabajos académicos. Disponible en <http://hdl.handle.net/10251/31590>. Consultado en Septiembre 2013.
3. UCL Library Services. References, citations and avoiding plagiarism. Disponible en http://www.ucl.ac.uk/library/References_and_Plagiarism.pdf. Consultado en Septiembre 2013.

Nuestra Enfermería blog independiente de enfermería <http://ferenfer1.xtrweb.com/NuestraenfermeriaBlog/>

La Superenfermera MQ 22 de Agosto de 2013

La disciplina enfermera, aunque no les parezca a aquellos que son ajenos a la profesión y la ven desde fuera, precisa de un grado de especialización para su desarrollo. Existe

una figura, la enfermera, pero coexisten muchos tipos de enfermeras, especializadas todas ellas en ámbitos muy diferentes, y en los que el desarrollo del potencial enfermero ocupa roles muy diversos. Esto no es algo nuevo, es algo inherente a la disciplina enfermera.



Aunque sea algo que no se haya gritado al viento, las enfermeras especialistas han existido y existirán, incluso con reconocimiento de las autoridades y regulación legal. Probablemente la humildad y sencillez de la propia enfermería ha provocado que tanto en hospitales como en consultorios y demás, en los carteles del despacho sólo rezara el título de enfermera, y no se introdujera la coletilla. Cuando vamos al médico, siempre sabemos a cual vamos, y no me refiero a la persona, me refiero al tipo. Al de cabecera, al traumatólogo, al pediatra, al cirujano, al oftalmólogo, al neurólogo...

Hasta que salió en 2005 el Real Decreto 450/2005 sobre Especialidades de Enfermería, estas estaban ordenadas en las siguientes:

- Neurología.
- Urología y Nefrología.
- Análisis Clínicos.
- Radiología y Electrología.
- Enfermería de Cuidados Especiales.
- Pediatría y Puericultura.
- Psiquiatría.
- Asistencia Obstétrica (Matrona).
- Enfermería de Salud Comunitaria.
- Gerencia y Administración de Enfermería.

Quizás de todas ellas, la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona), fue la que supo posicionarse mejor en el entorno, y adquirir una dimensión y posición social, una identidad propia para el ciudadano de a pie. Con la nueva ordenación del Real Decreto 450/2005, se cambiaron la especialidades, se reordenaron en las siguientes:

- Enfermería Obstétrico – Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico – Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Según especifica el Real Decreto 450/2005, que entró en vigor el 7 de mayo de 2005, El Título de Especialista es expedido por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Es de carácter oficial y tiene validez en todo el territorio nacional. Es necesario para utilizar de forma precisa la denominación de Enfermero Especialista y para ejercer la profesión como tal. Es necesario para ocupar puestos de trabajo con denominación de Especialista en Centros y establecimientos públicos y privados.

Desde de 2005, se ha ido reordenando a los profesionales en las diferentes especialidades. El acceso a las especialidades se ha planteado a través de diferentes vías.

- Enfermero interno residente
- Cambio de título de especialista
- Acceso excepcional al título de Enfermero Especialista
- Especialidad de enfermería de salud mental
- Acceso automático a la Especialidad de Enfermería del Trabajo
- Acceso excepcional al título de enfermería del trabajo

En seis de las siete especialidades, ya se han ofertado plazas de EIR (Enfermeros Internos Residentes), pero existe una que todavía esta flotando. Se trata de la Especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

Puede parecer que una reordenación tan importante y “elegante” esté bien estructurada y programada. Pero ya son 8 años sin tener noticias de esta especialidad, y parece que definir el contenido de la especialidad está resultando bastante difícil. No es de extrañar, ya que se intenta meter en un mismo saco a un elevado número de profesionales especializados realmente (y no por Real decreto) en áreas muy diversas.

Para hacer entender a las personas ajenas a la profesión, os propongo un ejercicio de imaginación:

Imaginemos un **Hospital General** que integre todos los servicios posibles. Según la ordenación existen 7 tipos de enfermeras, vamos a pensar en ellas. Tenemos las enfermeras de pediatría, las enfermeras del consultorio (comunitaria y familiar), las matronas (que no todas las enfermeras de ginecología y obstetricia), las enfermeras de salud mental, las de geriatría, y las del trabajo (que se ubicarían por ejemplo en prevención de riesgos laborales). Y tan sólo nos quedan las de los cuidados médico-quirúrgicos. Cuáles son estas dentro del Hospital, pues son todas las demás, sumando las que no son matronas del área de ginecología.

La Médico-Quirúrgica incluye a una especie enfermera Superdotada, una especie de Superheroe de enfermería extraído del mundo de los cómics, que posee capacidades increíbles. Tiene la capacidad de mutar. Una enfermera mutante que posee unos conocimientos extraordinarios y puede ocupar cualquier lugar en un hospital.

Hablando en serio, en un interesante artículo publicado en la revista Enfermería Clínica (1), que reflexiona sobre el programa formativo de esta especialidad, se pregunta si ha sido acertado el enfoque dado a las nuevas especialidades, si la especialidad de cuidados médico-quirúrgicos se ha convertido en un “cajón de sastre” debido a la amplitud de contenidos que engloba.

El borrador ministerial para el programa formativo de la especialidad, según nos cuentan los autores del artículo, define tres áreas de capacitación para esta especialidad:

- Cuidados periquirúrgicos y perintervencionistas
- Cuidados a pacientes crónicos complejos
- Cuidados a pacientes críticos y de urgencias

Realmente sea como sea, serán (y seremos) superenfermeras. Es muy importante lo que propone el artículo y cito textualmente:

*Entendemos que las enfermeras especialistas deben definirse como **enfermeras con competencias específicas** para ofrecer una atención segura y unos cuidados de calidad, eficientes y basados en principios científico-técnicos, en un ámbito clínico concreto.*

Realmente creo que el problema reside en que faltan especialidades, una forma de definir las puede ser rastrear la gran cantidad de Másteres Universitarios, tanto oficiales como no, que lo que pretenden es dar Capacitación específica, para desempeñar ciertas prácticas. Unificar los criterios de las materias de éstos y de esa forma entender que especialidades son las que faltan. Existen muchas áreas de capacitación, existen másteres en urgencias, paliativos, oncología, cirugía, quirófano, UCI, gestión...

Lo que está claro es la que la Superenfermera MQ, está en muchos profesionales de enfermería, y como dicen los compañeros de la iniciativa #conLdeenfermera, han de ponerse la L de prácticas, cada vez que por caprichos del destino, sean destinadas a un servicio distinto sin que se reconozcan sus competencias específicas, algo que sin duda también pone en riesgo la seguridad del paciente.

Fernando Campaña Castillo

Futuro Enfermero Médico-Quirúrgico:)

Image: 'Medical/Surgical Operative Photography' Found on flickrcc.net

(1) Padilla Marín, C.; Camacho Bejarano, R.; Domínguez Guerrero, F.; Terol Fernández, E.; Padín López, S.;

Reflexiones sobre el borrador del programa formativo de la especialidad de enfermería en cuidados médico-quirúrgicos [Editorial] -Enfermería Clínica 2013 ; 23(1) : 1-3

PLAN EIR <http://planeir.blogspot.com.es/>

Somos EIR: seremos enfermeros especialistas. 7 de Agosto de 2013

El 31 de Julio el Ministerio de Sanidad ha publicado una nota informativa sobre las novedades en la convocatoria de Formación Sanitaria Especializada de este año.

Quizás lo más importante respecto a la convocatoria EIR es el aumento en el número de preguntas, que pasan a ser 180 más 10 de reserva, con una duración de 4 horas.

La nota de corte en todas las especialidades sube al 35%. Esto significa que para poder obtener plaza de especialista hay que tener un resultado en el examen de al menos el 35% de la media de los diez mejores expedientes.

En Enfermería esta nota de corte sólo afecta realmente al turno de aspirantes con discapacidad, a los que se reserva un 7% de las plazas, ya que el número de plazas ofertadas es muy inferior al número de personas que superan el corte.

Os recuerdo que la última plaza en resultados por turno libre fue adjudicada al número de orden 1.011 (Salud Mental en Terrasa), mientras que por el turno de discapacidad fue adjudicada al número de orden 11.495 (Salud Mental en La Laguna). El número de personas que superaron el corte fue de 11.552.

El último dato a resaltar sobre las noticias que tenemos de momento sobre la convocatoria de Formación Sanitaria Especializada, aunque no se haya dado a conocer en esa nota del Ministerio, es la reducción del número de plazas. Como os puse en la entrada anterior del blog Previsión de plazas ofertadas este año se ofertaban 928 plazas, aunque en la actualización parece que finalmente serán 936, lo que significa 27 plazas menos.

Desde la publicación de esta nota por parte del Ministerio, estoy recibiendo numerosos mensajes a través de Twitter de artículos de prensa en los que se denuncia por parte de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), de Medicina Interna (SEMI) y de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) la disminución de plazas en el MIR en las especialidades generalistas.

Me ha llegado el mismo mensaje a través de numerosas y diversas fuentes. Pero no me ha llegado ni uno solo denunciando el descenso en las plazas de especialista para Enfermería, que de por sí son deficitarias en la mayoría de las especialidades.

Estoy totalmente de acuerdo con la reivindicación que están haciendo los médicos por defender su especialidad, pero lo que me preocupa es que el colectivo de Enfermería no haga una lucha aún mayor en vista de los siguientes datos:

- Este año se formarán SOLAMENTE 17 enfermeras especialistas en Enfermería del Trabajo. El año pasado se formaron 22, lo cual ya de por sí era claramente insuficiente para cubrir las demandas actuales.

- Este año se formarán SOLAMENTE 12 enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica. El año pasado se formaron 11. ¿Cree el Ministerio que el aumento de una plaza es suficiente para cubrir las necesidades de especialistas en esta disciplina? ¿Acaso no dejan claros los datos del INE el envejecimiento de nuestra población?

- Las especialidades de Enfermería Pediátrica, Salud Mental y Obstétrico-Ginecológica(matrona) también sufren disminución de plazas. La más afectada es matrona, donde pasamos de 423 a 396 plazas.

- La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es la única que se incrementa en porcentaje "significativo", pasando de 214 plazas a 233. Debemos considerar que es una especialidad nueva y que este año han acabado su residencia los primeros especialistas vía EIR, por lo que el número total de enfermeros especialistas en este ámbito es aún escaso.

- Seguimos esperando a que convoquen plazas en la especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos, a pesar de haberse reconocido como tal en Abril de 2005 mediante el Real Decreto 450/2005 de 22 de Abril.

- Seguimos esperando la resolución para la obtención del título de Especialista por la Vía Extraordinaria de las Especialidades de Comunitaria, Pediatría y Geriátrica. Hace más de 3 años que solicitamos el reconocimiento y aún no sabemos nada.

- El año pasado se presentaron 20.202 solicitudes para 963 plazas, lo que significa un ratio de 1 plaza para cada 21 enfermeros. Finalmente, descontando las personas que no se presentaron y los que no superaron la nota de corte, el ratio es de 1 plaza para cada 12 enfermeros. En el MIR es de 1,44; en el FIR es de 4,28; en el RIR es de 6,35; en el QIR es de 8,27, en el BIR 11,72. Tan solo el PIR tiene un ratio superior al de enfermería, siendo de 24,27.

Y enfermería, ¿por qué no lo denunciarnos? ¿Por qué no salimos en las notas de prensa de los periódicos? ¿Por qué no recibo mensajes desde Twitter hablando de nuestra reducción de plazas? ¿Por qué enfermería está invisible en todo esto?

Cuando alguien os pregunta para qué es ese examen que tanto estudiáis, ¿Cuántos de vosotros tenéis que decir que es como el "MIR" de los médicos para la Enfermería para que la gente sepa de qué hablamos?

Y por último, desgraciadamente, la opinión que tiene una gran parte de la población es que la Enfermería son los ayudantes del Médico, como se puede ver en el Vídeo de YouTube sobre la imagen social de la enfermería española. ¿Os apetece cambiar esto? Pues vamos a conseguirlo entre todos, porque no somos invisibles y podemos hacerlo. La

confianza, eso que tanto os insisto en clase, no es solamente para aprobar el EIR. La confianza es para todo lo que queramos lograr en la vida.

NOSOCOMIAL

<http://carmenvillarb.blogspot.com.es/>

Con "L" de enfermera... gestora, investigadora, docente, porque siempre hay algo que aprender.

24 de

Junio de 2013

Para comenzar creo que de la Universidad deberíamos salir con las suficientes competencias aprendidas para desempeñar nuestro trabajo. Ahora bien ¿son suficientes el número de créditos de prácticas? ¿se utilizan o se emplean correctamente? Una vez que accedemos al puesto de trabajo ¿gestionan bien los recursos humanos nuestras direcciones o somos las personas las que deberíamos seguirnos formando? ¿Una vez que tienes un título "yastá" o debes continuar tu formación a lo largo de toda tu carrera? cuando cambiamos de unidad ¿es necesario un master para trabajar en algunas unidades o las competencias adquiridas, el interés y motivación de las personas suple con creces todo esto?

Llevo casi 30 años de profesión, ahora desempeño un cargo de gestión como supervisora, para el que también "tengo" una L de novata. Pero este es otro tema... por cierto Miguel y Ruth queda propuesto para un segundo post : ¿Títulos o nivel de competencias?.



He quitado la vergüenza, después de ver otros post, para contar una pequeña batallita porque he hecho los tres recorridos, aprendiz, docente y gestora y a pesar de todo como digo en el título quiero seguir siendo Novata con la L de "learning": siempre aprendiendo.

Tengo experiencias personales desde mi primera sustitución en un pueblo, sola con el médico, sin nadie a recibirme, sin centro de guardias, 24 horas localizada y el hospital más cercano era a 150 kms. El paso por las distintas unidades donde cada vez que llegabas eras nueva, entre todas ellas dos experiencias en servicios especiales donde el periodo de aprendizaje "gratis" me llevó más de seis meses: quirófano (SNS) y por la tarde diálisis (clínica privada) sin saber si en verano tendría opción de contrato, había más gente en la lista. Sí que gracias a este periodo de prácticas, donde asumías tu propia responsabilidad (no sé que efecto legal tendría esto para la institución) pude trabajar con más soltura. Después ya con plaza fija, de Quirófano a Reanimación (funcionaban por separado) en turno de 10 a 5 donde a partir de las 3 de la tarde te quedabas sola, supuso aprender de nuevo; aquí mucho que agradecer a la compañera de mañanas de la que aprendí todo, el problema siguió con el personal de la tarde hasta que se abrió definitivamente la unidad en horario de 15- 22, muchos días mi jornada se alargaba hasta dos horas en algunas ocasiones tratando de enseñar a la persona nueva que venía, cada día una, hasta que la unidad quedaba "estable".

Otra vez con la L a mis espaldas, nueva en conocimientos de gestión asumo la Supervisión de Esterilización, se necesitaba hacer un cambio integral en todo el proceso de esterilización, se va a centralizar el lavado y procesado de todo el instrumental ¿Alguien está preparado en conocimientos para asumir esterilización? Gestión de recursos humanos, gestión de recursos materiales, logística y reestructuración integral de todos los procesos que allí se hacían pero el cambio continúa...Investigación, Seguridad del paciente, Enfermería en Evidencia, Medicina preventiva, integración de otros hospitales....

Bien toda esta batallita es para contar que nadie estamos preparados para todos los cambios que se presentan, ninguna política de recursos humanos ni estrategia nos puede preparar al 100% para poder hacer frente a toda la variedad de situaciones que se pueden presentar en la asistencia sanitaria y no hablo sólo de un hospital.

A pesar de todas las políticas de mejora en esta línea, es imposible unificar técnicas y prácticas en todas las unidades de todos los hospitales y centros de salud donde trabajar, hasta las mejores guías recomiendan adaptarlas a tu entorno. Ubicar de la misma forma todas las unidades para tener todo en el mismo sitio, que las bombas de perfusión y dispositivos médicos sean los mismos en todas las partes. Uno de los mayores problemas, a veces por encima de tratar al paciente, es el desconocimiento de los dispositivos médicos y sistemas informáticos y tratar de actualizar a todos los posibles candidatos que puedan pasar por la unidad no lo veo tarea fácil salvo la actualización de manuales en cada unidad correspondiente. Desconozco si el periodo de integración portugués al que se hace referencia resuelve estas situaciones o una vez que salen al mercado laboral los problemas son parecidos.

Por otro lado todo control, aunque sea formativo, se acompaña de cierta falta de libertad. El trabajo hoy en día es un bien escaso, no podemos tener a personas preparadas esperando que las llamen para cubrir una posible vacante sólo en ese área específica, incluso en esta situación no se les puede coartar su libertad de decisión o libertad de movilidad asumiendo otros contratos mejores en otras comunidades, donde tendrían que formarse de nuevo. Por otro lado muchas bajas surgen de hoy para mañana o para ahora mismo, con lo que se presenta una situación que te hace improvisar, recurrir a gente sin formar y a ellos a ser novatos de nuevo pero ¿cómo podemos gestionar que personas en paro se formen para trabajar en unidades especiales? ¿Cuántas, a qué coste, con qué criterios, qué responsabilidades legales asume cada cual? ¿Cuál es el tiempo de formación necesario?

La formación específica de los profesionales en aquellas unidades de críticos (UCI, Urgencias, Quirófano, Cardio,...) donde todo este tipo de situaciones son más urgentes de resolver sí que sería importante, pero... sorpresa!!, ni siquiera figura dentro del catálogo de especialidades, Enfermería Críticos (por ejemplo) podría ser una de ellas. Otra solución pasaría por diferentes niveles de competencias hasta llegar a la enfermería práctica avanzada, pero esto ya no depende de nosotros ¿o sí?

Hasta ahora las soluciones son pocas, la gran mayoría pasan por salir de nuestra zona de confort y asumir nuestra responsabilidad de varias formas:

1º nuestra responsabilidad personal de formarnos y actualizarnos en conocimientos. Aunque algunos de ellos los consideremos innecesarios están ahí, el resto del mundo avanza mientras nosotros estamos haciendo lo mismo en nuestra unidad, estar 20 años en un mismo sitio no es garantía de saber hacer bien nuestro trabajo.

2º nuestra responsabilidad para con nuestras compañeras compartir conocimientos y prestar el apoyo suficiente.

3º responsabilidad de los supervisores/coordinadores de cada unidad de tener bien gestionada la integración del nuevo personal, manuales, niveles de integración, etc. Pienso que la responsabilidad principal recae en el responsable directo, supervisor, coordinador, como quiera que se llame pero... a veces tampoco cuentas con el tiempo necesario para la formación del nuevo personal, todos hemos vivido situaciones parecidas de dos bajas a cubrir y además las vacaciones.

Desgraciadamente no estamos libres de los errores.. nunca ni por muchas acciones que se tomen para prevenirlos, ni políticas de recursos humanos, hay muchos factores.. Entonces... ¿Cuál es la solución mientras tanto? difícil tema.

Esto me recuerda unos consejos que aprendí de alguien "muy sabia" hace muchos años, al principio de comenzar mi andadura profesional y que aún sigo utilizando.

- 1- Nunca hagas nada sin saber, pregunta siempre pregunta(no hay que ser temerarios)
- 2- No hay que saberlo todo, hay que leer (aprender, siempre aprender).
- 3- Primero lo urgente (el paciente siempre es lo urgente, la persona), después lo necesario(los aparatos y demás chismes) y al final escribir.

Siempre en la vida vamos a encontrarnos situaciones nuevas a resolver donde los consejos anteriores nos servirán de igual forma. Lo más importante Actitud y Aptitud.

ENFERMERA 2.0: la mirada enfermera <http://enfermeradospuntocero.blogspot.com.es/>

PEDIR, exigir, reclamar, pero... ¿estamos dispuestos a OFRECER? 30 de Junio de 2013



Hoy la mirada enfermera reflexiona sobre nuestro lugar de trabajo.

Y me hago preguntas:

¿Queremos a nuestra empresa, la respetamos, le tenemos AFECTO, hablamos bien de ella, estamos orgullosos de trabajar en ella?

Y ha caído en mis manos un ranking de empresas donde los jóvenes quieren trabajar por considerarlas las mejores y me he seguido preguntando ¿somos un Hospital magnético? ¿queremos serlo? ¿cómo hacer que nuestro equipo sea un equipo unido y eficiente? ¿te sientes bien tratado en tu lugar de trabajo? ¿Qué le pides a tu responsable para sentirte bien en el trabajo?

Y le he dado la vuelta a las preguntas, siempre en busca de las mejores respuestas...

¿Y tu qué harías por ser un hospital magnético, qué harías por tu equipo, qué aportas al sistema? ¿Pongo yo mi granito de arena para hacer mejor mi lugar de trabajo?

¿Sonrío?, ¿#mearremango?, ¿estudio?, ¿doy lo mejor de mí?.

¿O son todo peticiones, reclamaciones y exigencias al compañero, al jefe, al sistema?.

No todo puede ser pedir....¿qué estamos dispuestos a OFRECER?

Libro de relevos <http://www.enfermerasaturada.com>

HOSPITALES CERRADOS POR VACACIONES 5 de Julio de 2013

Este verano no os recomiendo que os pongáis enfermos.

En realidad no os lo deseo nunca, pero este verano menos, ya que no sería raro acercarse por la puerta de urgencias y ver en admisión el cartelito de "No Hay Camas".

Estaba acostumbrada a verlo en hoteles y pensiones del litoral, o de pequeñas ciudades en los días grandes de la fiesta, pero no sería raro verlo en los hospitales de la red sanitaria española.

Os cuento:

- Sanidad cierra 262 camas de la red hospitalaria pública valenciana
- Cierran de más de 120 camas en agosto en el Hospital de Getafe
- El Servicio Galego de Saúde cerrará este verano 930 camas, un 18% más que el año pasado
- Los Hospitales Cordobeses cerrarán 400 camas este verano
- En Guipúzkoa se perderán 356 camas este verano

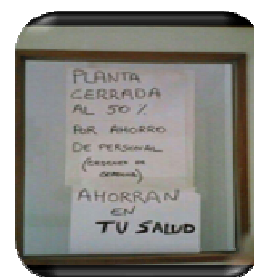


- 18 camas y un quirófano cerrados en el Hospital de Inca
- El Hospital de Bellvitge cerrará 200 camas este verano

Podría seguir toda la tarde poniendo ejemplos de gerencias de hospitales que deciden que, pueden esperar.

Yo, por mi parte, ya tengo listo el cartelito informativo en mi planta.

A mi es que me gusta que los pacientes y sus acompañantes estén bien informados.



Twittersfera sanitaria

Twitter es una plataforma de comunicación abierta a todo el mundo, donde cada usuario sigue lo que otros escriben. Es un enorme chat que permite tres tipos de interacción: mediante mensajes dirigidos al público en general, a una red limitada de contactos o a una persona en concreto.

Para sacarle el máximo partido al límite de 140 caracteres por mensaje, existe una codificación con un vocabulario que se ha hecho muy popular entre los seguidores de Twitter.

Twitter Página de un usuario de Twitter.

Twitter (tuitero) Usuario de Twitter.

Tweet (tuit) Cada uno de los mensajes de hasta 140 caracteres que escribimos en nuestros twitters.

Twittulares Titular de una noticia que generalmente se publica como adelanto o preferencia.

Twittxclusiva Noticia que se ofrece en exclusiva en el Twitter del usuario que la anuncia.

Seguidor (Follower) Usuario que está suscrito al twitter de otro.

Siguiendo (Following) Referencia en el perfil de un usuario sobre los twitters o twitteros a los que está suscrito.

Lista Se utiliza en el perfil del usuario para catalogar a otros Tweepers.

Hashtag Etiqueta formada por un término precedido por el carácter de almohadilla (#), utilizada por el motor de búsqueda de Twitter y que nos enlaza a todos los tweets que tengan el mismo término.

Reply / mención Respuesta a un mensaje publicado en Twitter. Se utiliza el carácter arroba (@) precediendo al nombre del usuario como forma de mencionarlo en nuestros mensajes.

TT (Trending Topics) Temas del momento. Son las palabras (hashtags) más mencionadas en los tweets.

FF (FollowFriday) Etiqueta utilizada para indicar a nuestros seguidores sobre otros usuarios a los que vale la pena seguir. Se utiliza el término #FF seguido de los usuarios que recomendamos.

RT (ReTweet) Es un tweet de un usuario reenviado a otro usuario de la comunidad de Twitter, como el "FW:" del correo electrónico.

MT (Modified Tweet) Mensaje publicado que ha sido parafraseado por otro usuario.

DM (Direct Message) Mensaje privado enviado a otro usuario, de forma que sólo puede verlo quien lo recibe.

Para mantener un twitter de calidad es necesario tener en cuenta algunos principios:

1. Buscar la credibilidad, es decir, el contenido de los mensajes que publicamos debe contener información veraz y contrastada.
2. Seleccionar bien a las personas a las que seguimos, aquellas que realmente nos pueden aportar algo, en lugar de seguir a todo el mundo.
3. Atender a los seguidores, respondiendo a sus mensajes y valorando el impacto de las respuestas o mensajes públicos.
4. Evitar la autopromoción excesiva y no abusar de los mensajes o de las etiquetas repetitivas.

Registrarse en Twitter paso a paso:

Si queremos seguir un Twitter es necesario registrarnos como "tuitero" siguiendo los siguientes pasos:

1. Entrar en el sitio <https://twitter.com>
2. Introducir nuestros datos: nombre, correo electrónico y contraseña.
3. Ingresar un nombre de usuario o aceptar el que nos proponen por defecto.
4. Aceptar el enlace de confirmación en el buzón de nuestro correo electrónico

Una vez registrados en Twitter podemos seguir un tema que nos interesa seleccionando "a quién seguir" en el menú de inicio. Twitter nos ofrecerá una serie de recomendaciones, así como la posibilidad de navegar cuentas sobre una serie temática, localizar amigos a través del correo electrónico o buscar directamente por nombre o tema en un buscador.

twitter



A modo de ejemplo, mostramos el twitter del Ministerio de Sanidad (@sanidadgob).



App para enfermer@s

Según una encuesta hecha por mobihealthnews el 71 % de las enfermer@s en EE.UU usan Smartphones en su trabajo diario y el 66 % durante sus estudios de enfermería.

Por lo tanto la influencia de las app móviles en la profesión es importante. Por eso hemos querido elaborar una lista con las, en nuestra opinión, mejores app para enfermer@s.

Nanda-Noc-Nic: Aplicación que te permite realizar la consulta de los diagnósticos de enfermería, los resultados de los pacientes y las intervenciones de enfermería Nanda, Noc, Nic. Totalmente en español. Disponible para Iphone y Android a un precio de 27,99€.

CLX Dosis: es una aplicación de ajuste de dosis de Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) según el peso del paciente (kg) para el tratamiento de la ETV (Enfermedad Tromboembólica Venosa), TVP (Trombosis Venosa Profunda) con o sin EP (Embolia Pulmonar). Esta aplicación de software, propiedad de SANOFI, constituye una herramienta con finalidad educacional. Contiene información médico-científica y técnica (en adelante, Contenidos). Dichos Contenidos no pretenden, en ningún caso, sustituir las opiniones, consejos y recomendaciones del profesional sanitario.

Infuse: Una calculadora para la inyección de medicamentos. Permite a las enfermeras construir su propia base de datos del hospital de las concentraciones estándar. Infuse sirve para controlar la inyección de medicamentos y como calculadora construida para profesionales de la salud de todos los países. Infuse le ofrece todas las herramientas que necesita para calcular rápidamente la dosificación del fármaco sea por inyección o por bolo.

Nursing Constellation: Todo en uno, incluye cinco referencias de enfermería que todo profesional debe tener y herramientas clínicas indispensables. Skyscape una completa gama de app para tu móvil ofrece Constellation Device Nursing Plus es una guía integral para la práctica de las enfermeras. Es una gran herramienta para aumentar su nivel de competencia. Y, hay una razón por la que está en el ranking de Top 15 aplicaciones más caras. Incluye muchas características muy potentes: Davis's guía de medicamentos para enfermeras: también con una calculadora de dosificación de fármacos. RNotes: Enfermera clínica, guía de bolsillo. Enfermedades y trastornos: Enfermería Terapéutica Manual. Manual Integral de laboratorio y pruebas de diagnóstico con implicaciones en Enfermería. Medical Dictionary Cyclopedic Taber, 21ª edición. Calculadora de Arquímedes 360 Medical. MedAlert – Alertas Médicas y resúmenes clínicos.

Entre las app para el colectivo destaca también '**Enfermería Mobile**' una aplicación "que permite visualizar los contenidos de Enfermería tv en el móvil y que es, igualmente, una de las más descargadas a través de Google Play. La aplicación de esta televisión online es la única dirigida específicamente a los profesionales de enfermería, con una programación "eminente enfermera".

Además, de esta app, entre las más descargadas está **'IV Drips'**, un instrumento, según explican, desarrollado para la Emergencia y la configuración de Cuidados Críticos. También encontramos una app denominada **'Los vasopresores'** que permite calcular la dosis de inotrópicos y vasopresores, **'Mi Turno'**, calendario para las personas que trabajan a turnos.

'Goteo, herramienta de cálculo', **'Eir Simulator'**, que se promociona indicando que "se ha creado para ayudarte a aprobar el examen EIR", **'Emergencia, enfermera Guía'** que es una "preparación para el Certificado de Emergencia Enfermera, **'Delta PP'** y **'Vendajes Funcionales'**, del enfermero Luis de Mediolagoitia son otras app dirigidas al público enfermero.

Además, el **CECOVA** ha impulsado la creación de APPs para facilitar el trabajo diario de las enfermeras. La Escala EVA de medición del dolor (**BCX EVA Escala del Dolor**) y la escala Downton sobre el riesgo de caídas en adultos (**BCX Downton Riesgo de Caídas**) ya están disponibles en la Play Store para Android y próximamente lo estarán en la páginas oficiales en iTunes en su versión para IOS (iPhone/iPad).

Dada la masificación de estas Apps, podemos encontrarnos ya en lo que Xose Manuel señala en su blog, Cuadernillo d@ enfermeir@, en el post: Definir y poner orden en el bosque de #appsalud, como una **"Intoxiappción"**, en la que debemos estar alerta "para minimizar los eventos adversos ligados a estas nuevas herramientas".



*Asociación Española
de Enfermería y Salud*

**XI Jornada de Enfermería y Salud:
«Cómo convertirse en una
Enfermera 2.0 y no morir en el
intento»**

www.enfermeriaysalud.es