

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Análisis y comparación de la eficacia de una intervención
por teleconsulta en el ámbito pediátrico**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Alba Albitre Sanz

DIRECTORES

Emilio Vargas Castrillón
Francisco García Alcaraz

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA**

Departamento de Enfermería



*ANÁLISIS Y COMPARACIÓN de LA EFICACIA de UNA
INTERVENCIÓN por TELECONSULTA en el ÁMBITO
PEDIÁTRICO*

**Memoria presentada para optar al grado de doctor
presentada por**

Alba Albitre Sanz

Bajo la dirección de los doctores:

Emilio Vargas Castrillón

Francisco García Alcaraz

MADRID, 2020

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Gracias a la generosidad y dedicación de cada una de las personas que
han formado parte de este proyecto, ahora una realidad.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

ÍNDICE:

Índice de Tablas.....	9.
Índice de Gráficos.....	11.
Índice de acrónimos y abreviaturas.....	13.
Resumen.....	15-18.
Abstract.....	19-22.
1. Introducción:	
1.1 Los Sistemas Sanitarios y las TICs en Europa.....	25-27.
1.2 Los Sistemas Sanitarios y las TICs en España.....	28-31.
1.3 La tecnología en la sociedad, el correo electrónico.....	32-35.
1.4 El papel de la enfermería a través de la tecnología de la información.....	36-37.
1.5 Acercamiento del correo electrónico para la atención de la salud.....	38.
1.6 Aspectos legales de la teleenfermería.....	39.
1.7 Estudios telemáticos en enfermería.....	40-42.
1.8 Consulta infantil en España y en Castilla La Mancha.....	43.
1.9 Los cuidados de enfermería en la consulta infantil y la Esp. de Pediatría...	44-46.
1.10 Lactancia. Introducción de la alimentación.....	47-50.
1.11 Vacunaciones infantiles.....	51-54.
1.12 Educación para la Salud.....	55.
2. Justificación.....	57-60.
3. Hipótesis Objetivos.....	61-63.
4. Material y Método:	
4.1 Aspectos generales.....	67.
4.2 Ámbito de estudio.....	67.
4.3 Selección de pacientes.....	67.
4.4 Sistemas de aleatorización.....	68.
4.5 Descripción de las intervenciones.....	68.
4.6 Sistemas de seguimiento.....	68-69.
4.7 Generación de la matriz de variables y descripción de variables.....	69.
4.8 Análisis de datos.....	70-71.
4.9 Tamaño muestral.....	71.
4.10 Técnica de muestreo.....	71.
4.11 Aspectos éticos.....	72-73.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

5. Resultados:

5.1 Reclutamiento de los sujetos de estudio... ..	77.
5.2 Análisis descriptivo entre los progenitores de ambos grupos.....	78-83.
5.3 Análisis comparativo de las características sociodemográficas de los hijos de ambos grupos	84-85.
5.4 Comparación de las consultas del grupo intervención telemática y del grupo control.....	86-92.
5.5 Satisfacción de los padres de ambos grupos con la atención.....	93-96.
5.6 Impacto económico de la teleasistencia mediante el correo electrónico... ..	97-98.
6. Discusión	99-108.
7. Conclusiones.....	109-111.
8. Bibliografía.....	113-123.
9. Anexos.....	125-139.

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Distribución de los usuarios de ordenador e Internet por período de referencias de uso.....	33.
Tabla 2: Porcentaje de usuarios de TIC por comunidades autónomas.....	34.
Tabla 3: Distribución. del tipo de lactancia según clase social basada en la persona de referencia.....	48.
Tabla 4: Calendario común de vacunación infantil. Consejo Interterritorial del SNS Año 2016.....	51.
Tabla 5: Coberturas de primovacunación. Series básicas. España 2007-2016.....	52.
Tabla 6: Porcentaje de coberturas de primovacunación en niños de 0 a 1 año.....	52.
Tabla 7: Cobertura de vacunación de Triple Vírica y de VPH. España 2007-2016.....	53.
Tabla 8: Coberturas de vacunación de recuerdo en niños de 1-2 años. CCAA 2016.....	53.
Tabla 9: Distr. de las caract. sociodemográficas del progenitor que acude a la consulta junto al paciente pediátrico	79-80.
Tabla 10: Distr. de los meses de uso de Internet por los padres de ambos grupos.....	82.
Tabla 11: Distr. de las características del paciente pediátrico.....	84.
Tabla 12: Distr. de los motivos de ingreso de los hijos de ambos grupos	85.
Tabla 13: Distr. de las consultas totales de ambos grupos	86.
Tabla 14: Distr. de los motivos de consulta totales presenciales de ambos grupos.....	87.
Tabla 15: Principales motivos de consultas telemáticas	89.
Tablas 16: Distr. de los meses de consultas presenciales de ambos grupos.....	90.
Tabla 17: Distr. de los acompañantes en las consultas presenciales	91.
Tabla 18: Distr. de las consultas resueltas y las consultas derivadas a otro prof.....	91.
Tabla 19: Puntuaciones obtenidas en las encuestas sobre satisfacción.....	93.
Tabla 20: Diferencias entre la satisfacción inicial y a los 6 meses de ambos grupos	94.
Tabla 21: Análisis de regresión múltiple entre los grupos y la satisfacción inicial.....	95.
Tabla 22: Análisis de regresión múltiple suplementario con las variables estadísticamente significativas	96.

Analisis y comparacion de la eficacia de una intervencion por teleconsulta en el
Ambito pediatrico.

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Evolución del equipamiento TIC en los hogares en los últimos 9 años.....	34.
Gráfico 2: Calendario de vacunaciones infantiles en Castilla- La Mancha 2017	54.
Gráfico 3: Evolución de los sujetos captados durante el estudio.....	77.
Gráfico 4: Distribución de las madres de ambos grupos según si ha recibido educación maternal.....	81.
Gráfico 5: Distribución de las madres de ambos grupos según si ha tenido control de embarazo... ..	81.
Gráfico 6: Distribución de los meses de Uso de Correo electrónico de los padres de ambos grupos.....	83.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS:

- Antec: Antecedentes.
- BPC: Buenas Prácticas Clínicas.
- Caract: Característica.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CEIM: Comité Ético de Investigación Clínica.
- Comp: Comparación.
- DE: Derivación Estándar.
- DNI: Documento Nacional de Identidad.
- Distr: Distribución.
- EPS: Educación Para la Salud.
- Esp: Especialidad.
- HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.
- HCE: Historia Clínica Electrónica.
- IC: Índice de Confianza.
- I+ D+ i: Investigación, Desarrollo e innovación.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- ITU: Infección Tracto Urinario.
- Máx: Máximo.
- Min: Mínimo.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- Prof: Profesional.
- RE: Receta Electrónica.
- SESCOAM: Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.
- UE: Unión Europea.
- UIT: Unión Internacional de Telecomunicaciones.
- USB: Universal Serial Bus.
- WIFI: Wireless Fidelity.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

RESUMEN:

Palabras clave: Enfermería Pediátrica, correo electrónico, internet, satisfacción del paciente, teleasistencia.

Introducción:

Las tecnologías de la información y de la comunicación en el mundo de la enfermería están iniciando su camino, es por eso que el estudio del uso del correo electrónico en la consulta de pediatría de Atención Primaria ayudará a descubrir el impacto y de esta manera establecer la continuidad del cuidado a través de la tecnología.

Hasta el momento el desarrollo de este tema no ha sido muy amplio y aún encontramos menos resultados si buscamos en el ámbito de enfermería, en concreto, en el área pediátrica. El bajo número de trabajos publicados, en especial en España, hizo que fuera aún más motivador y especial el tema de este estudio.

Hipótesis: El uso de correo electrónico como método de consulta en pediatría se asocia con una mejoría de la satisfacción de los padres.

Objetivos:

Primario: Evaluar el efecto de una intervención por correo electrónico sobre la satisfacción de los padres medida mediante la escala Servqhos en consulta de enfermería pediátrica.

Operativos secundarios:

- Analizar y comparar el grado de resolución de las demandas planteadas, en el grupo estudio y en el grupo control.
- Identificar el tipo de actividades asistenciales y educativas que se derivan de la intervención realizada en ambos grupos.
- Cuantificar el efecto del proceso de consulta mediante correo electrónico sobre el número total de consultas asistenciales.
- Evaluar el impacto económico de la teleasistencia mediante correo electrónico.

Metodología:

Ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, controlado en paralelo. Se han comparado dos grupos, uno que recibe la posibilidad de usar el correo electrónico y el otro que recibe la asistencia habitual presencial.

La población diana a la que va dirigida el estudio es a los padres de los niños pertenecientes al cupo de la consulta de enfermería. El estudio se llevó a cabo en el centro de Salud zona I de Albacete durante el año 2016.

La selección de los padres se ha realizado de forma consecutiva a medida que han acudido a la consulta relacionándole a cada uno de ellos con un identificador. Fueron aleatorizados según una proporción 1:1 al grupo de intervención telemática o al grupo control respectivamente. Se incluyeron todos los pacientes siempre y cuando se obtuviera el consentimiento informado. No se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que no tenían acceso a internet ni a correo electrónico.

Previamente al inicio de la recogida de datos del paciente se establecía un primer contacto con los padres en el que se les informaba de las características y finalidad del estudio, así como, de la necesidad de utilización de los datos para el mismo. Tras la exposición oral, se les entregaba una hoja de información y solicitaba su consentimiento. Cuando era aceptado se iniciaba la recogida de datos.

Para optimizar la recogida y facilitar la labor a la persona encargada, se diseñaron unos formularios y se utilizó una escala validada.

1.- Hoja de recogida de datos en la primera consulta: se recogía información sobre el paciente pediátrico y el perfil sociodemográfico de los padres.

2.- Hoja de recogida de datos de cada consulta: se registraba el tema tratado y el manejo sobre la misma.

3.- Se les ha administrado a los sujetos la escala de satisfacción de Servqhos modificada que es la adaptación de la escala de satisfacción Serviqual. Consta de 28 preguntas tipo Likert. Esta escala se le pasó al inicio, a los tres meses y a los seis meses de su inclusión en el estudio.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Toda la información recogida se codificó y almacenó en una base de datos a partir de la cual se generaron distintas variables.

- Variable principal: Grado de satisfacción mediante la escala Servqhos modificada. Variable cuantitativa discreta dependiente medida al inicio, a los 3 y a los 6 meses de la inclusión del sujeto a estudio.
- Variabes secundarias: Consultas efectuadas: motivo, vía de realización de la consulta, número de visitas, dificultades de accesibilidad y motivo no utilización. Características sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudio, trabajo remunerado, educación maternal y control del embarazo.

Sobre estas variables se realizó estadística descriptiva y análisis inferencial para evaluar el efecto conjunto y posibles factores de confusión. Asimismo, se evaluó el impacto económico que tendría esta nueva forma de consulta.

Resultados:

Se identificaron 184 padres válidos para el estudio de los cuales, finalmente, solo se reclutaron 74. De los 110 pacientes excluidos: 23 de ellos no tenían acceso a Internet, 54 no quisieron participar en el estudio, 14 no comprendían el idioma español con claridad y 19 tenían dificultades con el uso de las nuevas tecnologías.

Se identificaron un total de 402 consultas. La media fue de 5,4 consultas por paciente. Del total de las consultas analizadas el 20% correspondieron al tema revisiones cuyo objetivo es programar y llevar a cabo las revisiones incluidas en el Programa de Niño Sano. Si analizamos por un lado las consultas presenciales observamos que los temas más frecuentes fueron el peso del niño (20,1%) y las vacunas (13,9%). Por otro lado, al analizar las consultas telemáticas vemos que el tema líder fueron los trámites administrativos, ocupando el 21,9% de las consultas.

De manera general decir que la gran mayoría de las consultas fueron resueltas por la enfermera, grupo control 90,2% y grupo intervención 97,3%, sin tener la necesidad de derivar a otros profesionales. Asimismo, vimos que el acompañante principal fue la madre, pero que despuntaba la presencia de los padres en la consulta telemática, implicándose de esta manera más en el cuidado de sus hijos, ya que en el 24,3% era él quién contestaba y hacía uso del correo electrónico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el Ambito pediátrico.

Igualmente se observa que globalmente existe una elevada satisfacción sobre la consulta de enfermería pediátrica y sobre el uso del correo electrónico. Al analizar la influencia de la satisfacción de este método de consulta sobre el usuario observamos que los resultados han sido favorables obteniendo una diferencia de efecto medio de 6,1 a favor del grupo intervención (IC 95% 2,3 a 9,8, $t= 3,2$; $p= 0.002$).

Discusión:

En líneas generales, los resultados obtenidos en nuestro análisis están en concordancia con las escasas publicaciones existentes al respecto, las diferencias detectadas eran esperadas por la variación de las características de los sujetos.

La incidencia de los motivos de consulta y el grado de satisfacción encontrado en este estudio son consistentes con los hallazgos en la bibliografía publicada. Las variaciones encontradas eran de esperar por el ámbito de estudio y las diferencias en las características de los pacientes pediátricos.

Los resultados de este estudio relacionados con el grado de accesibilidad, la utilidad y la rapidez de la respuesta por parte del sanitario apoyarían la eficacia de esta intervención telemática. Asimismo, la introducción de las tecnologías digitales ofrecería una oportunidad para la promoción de la salud y una herramienta para mejorar y extender la comunicación con la enfermería.

Al igual que otros autores, se han identificado que el grado de satisfacción de padres de pacientes pediátricos parece aumentar con la introducción de las nuevas tecnologías como método de consulta.

Conclusiones:

Como conclusión destacar que los resultados sugieren que el correo electrónico es un buen método de acercamiento al profesional de enfermería, aunque habría que ampliar el estudio teniendo en cuenta indicadores como el de calidad y un análisis cualitativo para detectar la experiencia del usuario, ya que las nuevas tecnologías se utilizan para generar valor en la asistencia.

ABSTRACT:

Keywords: Pediatric Nursing, email, internet, patient satisfaction, teleassistance.

Introduction:

Information and communication technologies are starting their way in the world of nursing, which is why the study of email use in the Primary Care pediatric consultation will help to discover its impact and thus establish the continuity in patient care through technology.

So far, an in-depth study on this topic has not been carried out, even less if we focus on the field of nursing, specifically, in the pediatric area. The low number of published works, especially in Spain, made the subject of this study even more motivating and special to me.

Hypothesis: The use of e-mail as a method of pediatric consultation is associated with an improvement in parental satisfaction.

Objectives:

Primary: To evaluate the effect of email intervention on parents' satisfaction by using the Servqhos scale in the pediatric nursing consultation.

Secondary objectives:

- Analyze and compare the degree of resolution of the demands raised, both in the study and control group.
- Identify the type of assistance and educational activities that derive from the intervention carried out in both groups.
- Quantify the effect of the consultation process by email on the total number of care consultations.
- Evaluate the economic impact of teleassistance through email.

Methodology:

Unicentered, randomized, parallel-controlled clinical trial. The comparison between two groups, one with the possibility of using the email and other that receives the usual face-to-face assistance.

The target population to which the study is directed to is the parents of the children belonging to the quota of the nursing consultation. The study was carried out in the Health Center of Albacete zone I during 2016.

The selection of the parents has been carried out consecutively as they have been coming to the consultation, associating each of them with a unique identifier. They were randomized according to a 1: 1 ratio to the telematic intervention or the control group respectively.

All patients were included as long as informed consent was obtained. Those patients who did not have access to the internet or email were not included in the study.

Prior to the beginning of the collection of patient data, a first contact with the parents was established in which they were informed of the characteristics and purpose of the study, as well as the need to use the data for the same. After the oral presentation, they were given an information sheet and requested their consent. When it was accepted, data collection began.

To optimize data collection and facilitate the work of the person in charge, some forms were designed and a validated scale was used.

1.- Data collection sheet at the first consultation: information about the pediatric patient and the sociodemographic profile of the parents was collected.

2.- Data collection sheet for each consultation: information on the subject treated and its handling was collected.

3.- Subjects have been provided with the modified Servqhos satisfaction scale, which is the adaptation of the Serviqual satisfaction scale. It consists of 28 Likert questions and 4 dichotomous answer questions. This scale was provided at the beginning, three months and six months after its inclusion in the study.

All the information collected was encoded and stored in a database from which different variables were generated.

- Main variable: Degree of satisfaction through the modified Servqhos scale. Dependent discrete quantitative variable measured at baseline, 3 and 6 months after the inclusion of the subject under study.
- Secondary variables: Queries made: reason, route of the consultation, number of visits, accessibility difficulties and reason for not use. Sociodemographic characteristics: sex, age, level of study, paid work, maternal education and pregnancy control.

On these variables descriptive statistics and inferential analysis were performed to assess the joint effect and possible confounding factors.

Results:

184 valid parents were identified for the study of which only 74 were recruited in the end. Among the 110 excluded patients: 23 of them did not have access to the Internet, 54 did not want to participate in the study, 14 did not understand the Spanish language clearly and 19 had difficulties with the use of new technologies.

A total of 402 consultations were identified. The average was 5.4 consultations per patient. Of the total of the consultations analyzed, 20% corresponded to the topic revisions whose objective is to schedule and carry out the revisions included in the Healthy Child Program. If we analyze the face-to-face consultations on the one hand, we observe that the most frequent subjects were the child's weight (20.1%) and vaccines (13.9%). On the other hand, when analyzing telematic consultations, we see that the leading issue was administrative procedures, occupying 21.9% of the consultations.

In general, it must be said that the vast majority of the consultations were resolved by the nurse, the 90,2% in the control group and the 97,3% in the intervention group, without the need to refer other professionals. Likewise, we saw that the main companion was the mother, but that the presence of the fathers in the telematic consultation emerged, thus becoming more involved in their children's care, since in 24.3% the father was the one who answered and made use of email.

It is also observed that, globally, there is a high level of satisfaction regarding the pediatric nursing consultation and the use of email. When analyzing the level of satisfaction with this consultation method on the user, we observe that the results have been favorable, obtaining an average effect difference of 6.1 in favor of the intervention group (IC 95% 2,3 a 9,8, $t= 3,2$; $p= 0.002$).

Discussion:

In general, the results obtained in our analysis are in accordance with the few existing publications in this regard, and the differences detected were expected by the variation of the characteristics of the subjects.

The incidence of the reasons for consultation and the degree of satisfaction found in this study are consistent with the findings in published literature. The variations found were expected by the scope of study and the differences in the characteristics of pediatric patients.

The results of this study related to the level of accessibility, usefulness and speed of response by the health worker would support the effectiveness of this telematic intervention. Likewise, the introduction of digital technologies would offer an opportunity for health promotion and a tool to improve and extend communication with nursing specialists.

Like other authors, it has been identified that the degree of satisfaction of parents of pediatric patients seems to increase with the introduction of new technologies as a method of consultation.

Conclusions:

In conclusion, the results suggest that e-mail is a good approach to the nursing professional, although the study should be expanded taking into account indicators such as quality and a qualitative analysis to detect the user experience, since the purpose of these new technologies is to add value to the medical assistance.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

INTRODUCCIÓN

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

1.1 Los Sistemas Sanitarios y las TICs en Europa.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es un tema que está empezando a instaurarse en la sociedad y por supuesto parte de ella son los servicios sanitarios (Hernández y Aguayo, 2005; McLean et al., 2011). El uso de elementos tecnológicos en la sanidad ayuda a mejorar la eficacia en la atención, aumentar la eficiencia en la gestión y saber utilizar de manera más eficaz los recursos humanos y de salud (Campos et al., 2002). Asimismo, constituye una renovación en la evolución de los servicios, llevando consigo avances en la calidad del trabajo enfermero (García et al., 2010).

Este nuevo modelo de asistencia sanitaria se ha dado a conocer como un instrumento que ayuda, refuerza y mejora el actual modelo sanitario, y es la propia enfermería, y por medio de una iniciativa personal, la que, sumergida en esta atmósfera ha comenzado a utilizarlas con el propósito de garantizar la cobertura y continuidad de los cuidados y enriquecer los procesos de comunicación entre enfermería y paciente para contribuir a lograr puntos más altos de eficacia y calidad (Monteagudo y Moreno- Gil, 2007).

La posibilidad de desarrollar una nueva manera de comunicación e interacción con los profesionales sanitarios, a través de la teleconsulta y utilizando técnicas como el correo electrónico, ofrece una nueva perspectiva de cuidados y evoluciona la consulta de enfermería (Fontanet, 2010). De esta manera, la implementación de la tecnología en el área sanitaria se está convirtiendo en una intervención fundamental para que los servicios sanitarios puedan garantizar una respuesta más eficiente a las demandas sociales (Monteagudo y Moreno-Gil, 2007).

Esta inmersión en el área tecnológica se está llevando a cabo en la mayoría de los países europeos para intentar dar respuesta a esa demanda desde un modelo sanitario eficiente y con los recursos del que dispone (Alberola et al., 1997).

España, como parte de la Unión Europea (UE) pertenece e integra ese programa, para afianzar y dar salida a la implementación de las TICs en el área sanitaria (Echevarría, 2008). La Unión Europea, en el año 2008, promovió el proyecto e-Europa con los propósitos de desarrollar las posibilidades de Internet en Europa y proyectar los beneficios en la ciudadanía. De esta manera, se incluyó dentro de las once áreas del programa, “salud en línea” o “servicios sanitarios en línea” como dos dominios preferentes para e-Europa (Comisión Comunidades Europeas, 2008).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

La Comisión Europea y los Estados miembros se comprometieron a impulsar servicios sanitarios “en línea” tales como información sobre la prevención de enfermedades, la historia clínica electrónica, la vida sana o los servicios de teleconsulta (Comisión Europea, 2010).

Más adelante en marzo del 2010 la Comisión Europea empezaría el proyecto “Estrategia Europa 2020” con la iniciativa emblemática “Una Agenda para Europa”, la cual pretende reformar los fondos destinados a investigación e innovación e incrementar el apoyo en el campo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS) con el fin de reforzar la solidez tecnológica de Europa en ámbitos clave. Asimismo, se piensa que una implantación de la tecnología en el ámbito sanitario europeo disminuirá los costes sanitarios y aumentará la accesibilidad a la salud en los lugares más retirados (European Commission, 2010; European Commission, 2003).

Un requisito fundamental para que este proyecto se desarrolle, es asegurar una confidencialidad sobre la información personal de la salud de los usuarios en un sistema de asistencia sanitaria que sea alcanzable en línea (Aviram, 2002). Además, la Unión Europea (UE) debe reforzar la cooperación entre los Estados miembros y anular los obstáculos legales y organizativos, ya que se espera que la sanidad digital fomente la normalización y la certificación de las historias clínicas y los dispositivos sanitarios electrónicos (European Commission, 2010).

Por otro lado, en el territorio europeo se cree que la sanidad electrónica contribuirá a una mejora en la detección de los problemas de salud. En base a lo anterior se realizó un estudio donde resultó que gracias a e-salud se puede alcanzar un ahorro de 7500 millones de euros al año en Europa, debido a que se pueden disminuir un 16% los tiempos de espera y un 84% de errores de automedicación de pacientes. Definiendo la E-salud como el conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que, a modo de herramientas, se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud, ahorrando costes al sistema sanitario y mejorando la eficacia de este. Además, se concluye que la televigilancia de los enfermos cardiológicos puede mejorar los índices de supervivencia, ahorrar un 10% de costes sanitarios y disminuir un 26% los días de hospitalización, algo relevante en este período de crisis económica. Por otro lado, las recetas electrónicas pueden evitar un 15% de los errores de dosificación de medicamentos (European Commission, 2010; Gartner, 2009; Gené et al., 2009; Murphy et al., 2010).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Asimismo, según un informe del propio grupo de trabajo e-salud sobre el proyecto de “Estrategia Europa 2020” se debe garantizar que todos los ciudadanos accedan a un nivel alto de salud utilizando para ello las soluciones ofrecidas por las tecnologías de la información. Tanto es así, que servicios como los dispositivos portátiles como las consultas en línea permiten controlar la situación sanitaria de pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades por ofrecer una mayor accesibilidad (Comisión Europea, 2010).

Por último, y para situarnos en el contexto, definiremos la m-health, según la OMS, como “la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales y otros dispositivos inalámbricos”. Todo ello, incluye aplicaciones sobre el estilo de vida y bienestar que conectan a las personas con dispositivos médicos o sensores, recordatorios de medicación e información de salud a través de mensajes y servicios de telemedicina (Comisión Europea, 2014).

1.2 Los Sistemas Sanitarios y las TICs en España.

El inicio de la implantación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en España se ha ido desarrollando poco a poco como en la mayoría de los países europeos, aunque cogió más fuerza en el año 2006 cuando a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud por medio de la estrategia “Sanidad en Línea” se potenciaba los servicios públicos digitales mediante la cofinanciación de la infraestructura de las TIC en las Comunidades Autónomas (CCAA) con la finalidad de (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006 y 2010):

- Complementar las iniciativas de cada comunidad autónoma para poner en marcha sus proyectos de Historia Clínica Electrónica (HCE), Receta Electrónica (RE) o cita por Internet, a través de la dotación de infraestructura y servicios TIC asociados.
- Adaptar los sistemas de información clínicos autonómicos para permitir el intercambio de información clínica entre las Comunidades Autónomas; actuación liderada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, prevista en el Plan de Calidad del SNS: Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS).

Este programa ofrece al ciudadano y al profesional sanitario la posibilidad de servicios en línea tanto administrativos (petición de pruebas, cita por Internet, etc) como clínicos, accediendo así a una inversión de la identificación inequívoca de los pacientes y de la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud (SNS) (García et al., 2010).

Este acceso se realiza gracias al uso de aplicaciones y programas que permiten tanto a los ciudadanos como a los profesionales el acceso a una información de calidad sobre la salud individual (Ayala y Ramos, 2005). Este desarrollo se analizaba en el año 2009, mostrando resultados como que once Comunidades Autónomas ya habían implantado esta tecnología en sus centros de salud, cuatro de ellos se encontraban en desarrollo y uno más había comenzado el proyecto piloto. Sin embargo, este acceso se limitaba fuera de cada comunidad y cuando el usuario debe ser atendido fuera de los límites de la Comunidad Autónoma a la que pertenece la información está restringida tanto para los profesionales como para los pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Instituto Información Sanitaria, 2010; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

En el año 2010, el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social incorporó una vez más la estrategia “Sanidad en Línea” realizando un exhaustivo análisis del desarrollo del mismo y de los resultados que estaba consiguiendo. Igualmente, insistió en los mecanismos de mejora de la accesibilidad a la red sanitaria. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

El propósito final del programa es el acceso desde cualquier punto del Sistema Nacional de salud a la información clínica de los usuarios usando un sistema de tarjeta sanitaria que identifique inequívocamente al paciente y que permita acceder a su información clínica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

En el 2011 quince Comunidades Autónomas ya lo tenían instaurado y los pacientes podían, de forma electrónica e interactiva, solicitar una cita médica a su centro de salud. Además, once de ellas tenían tarjeta sanitaria. Por otro lado, el uso de la receta electrónica ha aumentado en los últimos años, aportando datos como que en 2010 estaba presente en el 40% de los centros de atención primaria. Este dato es importante, ya que se espera que reduzca hasta un 30% las visitas y disminuya un 20% el tiempo que los profesionales utilizan para rellenarlas (INE, 2017).

Para finalizar, según el último informe de una “Agenda para España”, informe de junio del 2014, se plantean las siguientes líneas de actuación (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2015):

- Impulso al despliegue de la Receta Electrónica interoperable a todas las CCAA en 2015.
- Generalización de la Historia Clínica Digital centrada en el usuario, como repositorio distribuido en todo el Sistema Nacional de Salud de la información clínica del mismo en 2014.
- Empleo del DNI electrónico, u otros sistemas de certificación que permitan una identificación y autenticación adecuadas, como mecanismos de identificación de usuarios alternativos a la Tarjeta Sanitaria.
- Acceso en línea de los ciudadanos a su historia clínica digital desde cualquier punto, por medio del DNI electrónico, u otros sistemas de certificación que permitan una identificación y autenticación adecuadas.
- Impulso del empleo de las TIC en la gestión de patologías crónicas, mediante el desarrollo de modelos de atención a la cronicidad, su desarrollo y extensión.
- Fomento de la innovación en aplicación de las TIC para la prevención de la condición crónica y la dependencia.

*Análisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- Desarrollo de contenidos web y aplicaciones para móviles, avalados por la comunidad científica y/o autoridades sanitarias, para favorecer la información a pacientes, su participación y colaboración en la toma de decisiones. Asimismo, el desarrollo de proyectos de telemedicina y teleasistencia.
- Generalizar el intercambio de información sanitaria en el seno del Sistema Nacional de Salud, así como su puesta a disposición de los usuarios a través de Internet, explotando el potencial de ahorro y mejora de la eficiencia en la asistencia sanitaria en general, la identificación de usuarios, la realización de pruebas diagnósticas, la prescripción y la dispensación de medicamentos.
- Promover el empleo de las TIC en la atención socio-sanitaria de patologías crónicas, mejorando la calidad de atención con modelos económicamente viables merced a la eficiencia asociada al uso de la tecnología.
- Impulsar la adopción de estándares que faciliten las actividades de I+D+i en aspectos relacionados con el uso secundario de datos especialmente sensibles, con pleno respeto a los requerimientos de privacidad y protección de datos y atendiendo a las necesidades de mejora de la eficiencia en investigación, análisis y evaluación de servicios.
- Impulso al desarrollo de sistemas de información que favorezcan la gestión de la investigación clínica con medicamentos y productos sanitarios en España y en Europa.
- Desarrollo de sistemas de información aplicables a la sostenibilidad y cohesión del SNS tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención especializada.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

Centrándonos en Castilla la Mancha, en el año 2008, se aumentó en más de un 40 por ciento la partida destinada a las nuevas tecnologías de información sanitaria, lo que permitió reforzar los proyectos desarrollados desde el SESCOAM, como la cita previa por internet, la historia clínica electrónica única, la receta electrónica o la telemedicina, a fin de mejorar la gestión de los centros simplificando los trámites administrativos. Tomando como objetivo principal mejorar la calidad asistencial, se facilita así el acceso de los ciudadanos a los servicios que se prestan desde la sanidad pública y se evitan desplazamientos innecesarios, ya que con esta tecnología viaja la información y no el paciente (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Por último, Castilla la Mancha también participa en el proyecto ep-SOS, primer proyecto europeo en el ámbito de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) en materia de salud que agrupa a una gran cantidad de regiones con una variedad amplia de sistemas sanitarios. Su finalidad es diseñar una historia clínica digital común en Europa que permita el intercambio real de información clínica del paciente y la prescripción electrónica, facilitando la asistencia de los pacientes comunitarios en cualquier país de la UE, el cual comenzó en Julio de 2008 con una duración de tres años (Proyecto Europeo de Salud, 2015).

1.3 La tecnología en la sociedad, el correo electrónico.

Este es el tiempo en que la sociedad se encuentra unida a la tecnología en todo momento (Echevarria, 2008). Es la época de la información dónde Internet juega un papel muy importante y relevante, tanto es así que la Unión Europea planteó que los Estados miembros tuvieran telecomunicaciones de banda ancha con una mayor velocidad y que fueran asequibles y seguras, para lograr una mayor interoperabilidad (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008).

En el año 2010 se estima que en Europa había más de 250 millones de ciudadanos que utilizaban Internet a diario. Según Eurostat y datos de “Agenda Digital para Europa 2014”, en este año un el 79% tiene un smartphone, un 70% de los hogares europeos tenían conexión a Internet y un 54% lo hacían con banda ancha. Utilizaban Internet un 70% de los ciudadanos de entre 16 y 74 años, la mayoría de estos (86%) se conectaban desde su hogar y un 70% lo hacía al menos una vez por semana (European Union, 2010; Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2015)

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística de la encuesta sobre Equipamiento y Uso de las Tecnologías de Información y Comunicación en 2016, el 77,1% de los hogares españoles con al menos un miembro de 16 a 74 años disponía de algún tipo de ordenador (incluidos netbooks, tabletas, portátiles, etc.), lo que supone un aumento de 1.2 puntos respecto al año 2015 y de 2.3 puntos respecto al año 2014. El 96,7% de los hogares españoles disponía de teléfono móvil en 2016, y el 22,7% de ellos, lector de libros electrónicos (e-book). Además, por primera vez en España hay más usuarios de Internet (76,2%) que de ordenador (73,3%); el principal tipo de conexión a Internet por banda ancha es la conexión móvil a través de un dispositivo de mano (AMIC, 2011; Fundación Telefónica, 2011; INE, 2017).

Tabla 1: Distribución de los usuarios de ordenador e Internet por período de referencia de uso (INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2015)

Usuarios de ordenador e Internet por periodo de referencia de uso			
Año 2015. Millones de personas			
	Uso de ordenador	Uso de Internet	Diferencia (Internet-Ordenador)
Alguna vez	28,1	27,9	-0,2
Últimos 12 meses	26,4	27,5	+1,1
Últimos tres meses	25,5	27,1	+1,6
Frecuentes	22,6	25,8	+3,2
Intensivos	17,4	22,2	+4,8

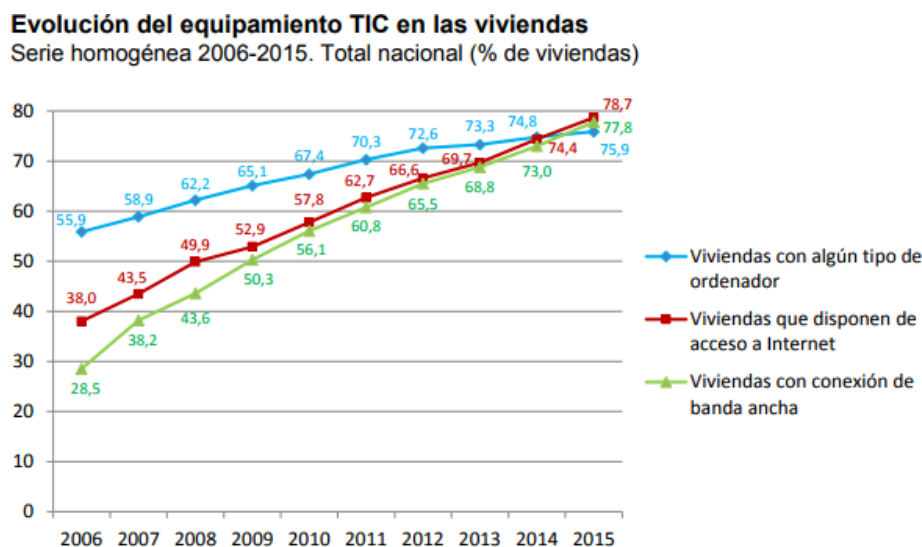
Por otro lado, 13.031.849 de viviendas en nuestro país disponían de conexión a Internet en 2016, al que la mayoría de ellas (99,8%) accedía a través de banda ancha. Una conexión de banda ancha que normalmente era de tipo ADSL (48,3%), y que muestra un descenso de más de 10 puntos respecto al año anterior. Menor es el porcentaje de viviendas que disponía de banda ancha por red de cable o fibra óptica (37,5%), aunque, al contrario de lo que ocurre con el ADSL, este tipo de conexión experimenta en 2016 un incremento de 9.6 puntos porcentuales respecto al año 2015.

En 2016, la disponibilidad de conexión móvil de banda ancha vía modem USB o tarjeta (en portátiles, por ejemplo) era casi insignificante (6,6%). Algo más elevadas son otras conexiones fijas de banda ancha (vía satélite, Wi-Fi público o WiMAX), 8,1%. En 2016, el 80,1% de las viviendas disponía de conexión móvil de banda ancha a través de un dispositivo de mano (teléfono móvil de última generación -al menos 3G-, iPod, etc.), 3 puntos más que en 2015 (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2015).

Como se ha mencionado anteriormente, en general, la conexión a Internet de todas las viviendas era, en 2016, a través de banda ancha, normalmente por ADSL, sobre todo en el caso de Castilla-La Mancha, Navarra, Castilla y León, Extremadura, Islas Baleares, Canarias, Andalucía y Aragón, con porcentajes superiores al 50% de hogares con este tipo de conexión a Internet.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Gráfico 1: Evolución del equipamiento Tic en los hogares en los últimos 9 años. (INE 2015).



Cuando se analiza a nivel de Comunidades Autónomas se aprecia que la mayoría de comunidades autónomas se encuentran próximas a la media nacional, aunque destacar que Madrid, Illes Balears, País Vasco y Cataluña se encuentran por encima en los tres indicadores sobre el uso de ordenadores e Internet.

Tabla 2: Porcentaje de usuarios de TIC por comunidades autónomas. (INE 2015).

Porcentaje de usuarios de TIC por comunidades autónomas
 Año 2015

	Han utilizado el ordenador en los 3 últimos meses	Han utilizado Internet en los 3 últimos meses	Usuarios frecuentes de Internet (al menos 1 vez por semana)	Han utilizado el teléfono móvil en los 3 últimos meses
TOTAL	73,8	78,7	74,7	95,4
Andalucía	65,6	74,1	70,5	93,7
Aragón	74,8	79,8	75,3	95,2
Asturias, Principado de	73,3	78,3	73,4	94,4
Balears, Illes	76,0	82,6	77,8	97,3
Canarias	71,0	75,7	72,3	92,9
Cantabria	75,2	78,8	75,5	96,2
Castilla y León	74,2	77,6	72,1	96,3
Castilla - La Mancha	70,7	74,3	70,1	95,6
Cataluña	79,5	83,1	79,4	95,3
Comunitat Valenciana	72,2	77,1	72,6	95,4
Extremadura	65,7	72,6	69,8	95,1
Galicia	67,6	71,9	67,2	94,6
Madrid, Comunidad de	82,7	85,9	82,4	98,1
Murcia, Región de	71,5	78,0	73,9	96,7
Navarra, Comunidad Foral de	78,0	79,6	75,3	94,1
País Vasco	79,0	81,5	78,1	96,8
Rioja, La	76,1	78,7	74,9	95,5
Ceuta	81,9	82,9	81,5	96,0
Melilla	71,4	74,3	73,8	96,6

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Destacar que realizan un mayor uso de Internet hombres que mujeres y que en relación al dispositivo móvil el mayor porcentaje de usuarios son mujeres. Además, un 63,4% de las personas que han utilizado Internet en los últimos 12 meses (es decir, el 49,0% del total de la población de 16 a 74 años), ha contactado o interactuado con las administraciones o servicios públicos a través de Internet por motivos particulares. Por forma de interactuar, el 60,0% de usuarios de Internet en el último año declara haber obtenido información de las páginas web de la Administración, el 44,1% afirma haber descargado formularios oficiales y el 37,1% ha enviado formularios cumplimentados (Capgemini, 2011; Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009;).

Por último, se estima que el 79,9% de usuarios de Internet utilizan el correo electrónico y envían archivos adjuntos a través de él. Se cree que será la herramienta en un futuro próximo para realizar la mayoría de las acciones en las administraciones públicas y demás instituciones (AIMC, 2011; Urueña et al., 2011)

1.4 El papel de la enfermería a través de la tecnología de la información.

La teleenfermería es el uso de la tecnología de telemedicina para el ejercicio y la práctica de cuidados de enfermería, ejercicio realizado desde 1974 en un hospital de Boston, Massachusetts, EEUU (Monteagudo et al., 2005; Schlachta y Sparks, 1999; Tindall et al., 2008).

En nuestro país fue introducido en 1979, con el “Centro Radio Médico” a través del Instituto Social de la Marina. Actualmente, dentro de la Comunidad de Madrid, el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla se encuentra conectado telemáticamente con los buques, unidades militares y hospitales militares españoles (Bashshur y Shannon, 2009; European Comission, 2003; Hernández-Abadía, 2006).

Por otro lado, diferentes estudios dentro del territorio español apoyan esta manera de realizar los cuidados enfermeros y ayudan a desarrollar esta vía de atención de la salud. Englobando todas las consejerías de salud destacaríamos el servicio “Sanidad responde” desarrollado en varias comunidades autónomas, dónde el objetivo es el acceso a la información durante las 24 horas, bien sea por correo electrónico o por teléfono y que entre otros servicios oferta la gestión de citas o el seguimiento de pacientes de riesgo, los cuales han sido dados de alta durante el fin de semana. Para resumir, el paciente es quién debe participar en su proceso de salud, no debe ser un invitado sino el protagonista (Martínez- Ramos, 2009; Salud responde, 2011).

Para justificar estas intervenciones enfermeras se realizó una revisión sistemática sobre los motivos por los que se hacen intervenciones de salud en Internet obteniendo lo siguiente (Bayó et al.2005; Gené et al., 2009; Griffiths et al., 2006; Vizcaya y Romá, 2006):

- el bajo coste de las tecnologías.
- la reducción de los costos de los servicios de salud.
- la reducción del estigma por el anonimato de los usuarios.
- el aumento de la comodidad y la superación del aislamiento de los usuarios.
- la necesidad de éstos de información en el momento oportuno.
- el aumento del control que tienen usuarios y proveedores de la interacción que realizan.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

La utilización de Internet también ahorra el desplazamiento del paciente, pero no puede sustituir el contacto cara a cara. No obstante, los estudios realizados hasta este momento no pueden afirmar que la efectividad de la telemedicina es mayor que la atención presencial (Lazenbatt et al., 2001; Leong et al., 2006).

Por otro lado, a la hora de realizar una intervención de teleenfermería, es necesario realizar un estudio de eficacia previo para considerar si los beneficios de utilizar esta tecnología serán mayores que los efectos no deseados o las posibles desventajas (Ciccía et al., 2011; Currel et al., 2008; Miranda et al., 2014).

Asimismo, en relación con este tema, ha aparecido el término “e-paciente”, definido como aquel paciente que comparte experiencias con otros pacientes, busca información contrastada, elige y consulta a su médico a través de redes sociales (Cervantes et al., 2014; Traver y Fernández-Luque, 2012).

1.5 Acercamiento del correo electrónico para la atención de la salud.

La atención médica y enfermera a través de las tecnologías no es nada actual, ya que desde el inicio del uso del teléfono esta práctica se ha vuelto muy frecuente, y el diagnosticar y tratar a través de él es algo diario en las consultas. En la actualidad, las TICS, Internet y el correo electrónico han permitido una atención a tiempo real y sin ser necesario estar presente Vizcaya y Romá, 2006).

La teleenfermería engloba diferentes métodos de atención a la salud, y una de las tecnologías básicas es el correo electrónico. La utilización del correo electrónico requiere del empleo de equipos que cumplan las normas de la “Unión Internacional de Telecomunicaciones” (UIT). Además, requiere de una seguridad como son la encriptación de la información y el uso de contraseñas para acceder a la aplicación (Flores et al., 2001).

Para la ejecución de consultas por correo electrónico, es necesario obtener el consentimiento informado por escrito, aunque en la práctica la mayoría hacen uso del consentimiento implícito entre las dos partes una vez acceden a la aplicación (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2015).

Un buen uso que se realiza del correo electrónico por parte de la enfermería es para la recogida, búsqueda y envíos de información y datos de salud para estudios de investigación. Resulta una herramienta útil, sencilla y alcanzable tanto para los pacientes como para las profesionales (Vialart, 2013).

1.6 Aspectos legales de la teleenfermería.

Hay que aclarar desde un principio que la teleenfermería no es un servicio sanitario nuevo, sino una manera nueva de proporcionarlo. Por lo que, aunque a nivel estatal y europeo no existe una normativa jurídica y una legislación específica, sí que hay que tener en consideración un reglamento que debe ser acoplado a este servicio de salud en línea (Dima, 2010).

El paciente que hace uso de este servicio de salud en línea debe ser considerado como un usuario común, con los mismos derechos y obligaciones (Salud responde, 2011). El uso de estas herramientas electrónicas no le exime de responsabilidades, es decir, se le debe aplicar el mismo marco jurídico que el resto de usuarios (Iglesias, 2012).

Dentro de la legislación vigente destacaríamos, entre otros, la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 34/2002, de 1 de julio, de servicios de sociedad de la información.

Además, cabe subrayar que los profesionales de salud se rigen por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias en donde se hace referencia a que «Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos» (Ley 44/2003).

Es importante destacar que el uso de la telemedicina se legitima a favor del paciente. En la Ley 45/2007, de 13 diciembre, de desarrollo sostenible del medio rural, en el artículo 30 sobre sanidad se cita textualmente que: «Para facilitar el acceso de la población rural a unos servicios públicos sanitarios de calidad, el Programa podrá establecer medidas que persigan: la mejora de la sanidad, en particular de la Atención Primaria, singularmente en las zonas rurales prioritarias, que permita asegurar unos servicios sanitarios básicos de proximidad en cada zona rural; la puesta a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que ejercen en el medio rural, de las más modernas tecnologías y medios y, en particular, de la telemedicina» (Ley 45/2007).

1.7 Estudios telemáticos en enfermería.

Dentro del ámbito de la salud infantil se pueden encontrar una variedad de estudios en los cuales se han utilizado las Tecnologías de la Información y Comunicación y por lo tanto han aportado evidencia acerca de su utilización (Gentles et al., 2010).

Al realizar una revisión sistemática acerca del uso de las TIC dentro de la especialidad de pediatría se concluyó que los temas más frecuentes en los cuales se habían aplicado fueron los trastornos psiquiátricos, la diabetes tipo 1 (es la que se da en este tipo de población), el asma y los niños que tienen necesidades especiales (Gentles et al., 2010).

Dentro de estos estudios, el tipo de Tics que se utilizaban eran la videoconferencia, Internet o el uso del correo electrónico (Branda, 2001). Por otro lado, los usuarios afirmaban que utilizaban este tipo de consulta debido a las barreras geográficas, la continuidad del cuidado y por la rapidez con la que se resolvían sus limitaciones (Gentles et al., 2010).

En Australia se llevó a cabo un estudio con un grupo de mujeres de un hospital público, el cual se atendió de una manera habitual en el asesoramiento de la lactancia materna; y otro grupo de mujeres de un hospital privado que recibió el asesoramiento a las 48 horas, a la semana y a las 4 semanas a través del teléfono. Los resultados fueron que el grupo de madres del hospital privado tuvieron una mayor prevalencia en la lactancia al mes, sin embargo, a los tres meses de dar a luz esa mejora no se mantuvo (Bensink et al., 2008).

Una revisión bibliográfica realizada en Cuba, afirmó que a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación el personal de enfermería identificó la potencialidad y el alcance que tiene esta herramienta, tanto para el intercambio científico como para las actividades académicas. (Vrijhoef et al., 2009).

En Taiwán, el Departamento de Salud comenzó con el proyecto de una línea telefónica de lactancia materna de acceso en todo el país. Durante el periodo de estudio (dos años) recibieron más de 2400 consultas con una media diaria de 25 llamadas. Las principales consultas fueron la incorporación laboral, el peso del recién nacido y la Hipogalactia. Como dato curioso casi el 40% de las madres hicieron más de una llamada (Wang y Chen, 2008).

En el país de Puerto Rico desde hace cinco años existe una línea telefónica, llamada teleconsulta dónde cualquier tipo de paciente puede realizar cualquier consulta las 24 horas del día. Esta atención la realizan exclusivamente profesionales de enfermería.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

A finales de los 90 en Canadá se realizó un apoyo social a madres de entre 15 y 20 años a través de mensajes de texto y chat. Los sujetos que participaron en el estudio mostraron una bajada del estrés durante los seis primeros meses de vida de sus recién nacidos, que fue el período que duró el estudio (Dunham et al., 1998).

También en Canadá se realizó un estudio para evaluar la eficacia del uso de videoconferencia en un grupo de mujeres que vivían solas con niños de edad comprendida entre 3 y 9 meses. Al terminar se evidenció que el grupo experimental mejoró su seguridad como madres y disminuyeron el sentimiento de aislamiento (Nicholas et al., 2011).

Al igual que en Taiwán, Líbano implantó una línea telefónica para madres primíparas. Los temas principales fueron el cuidado y llanto del recién nacido y la lactancia materna. Además, como dato significativo el 100% de las usuarias se sintieron muy satisfechas con esta manera de asistencia enfermera (Rosen y Kwoh, 2007).

En nuestro país, profesionales de distintos hospitales realizaron un estudio ambispectivo en población pediátrica de un centro de salud urbano durante un período de 6 meses y tras la implementación de una consulta telefónica. Tras un registro de más de 400 consultas destacaron que la consulta telefónica resuelve adecuadamente la mayoría de los problemas de salud planteados y que proporciona niveles muy altos de satisfacción de la población atendida. Los motivos más frecuentes de consulta fueron problemas gastrointestinales y fiebre (Campos et al., 2002).

En Suecia una enfermera investigó en una unidad de cuidados intensivos neonatales la experiencia de unas enfermeras pediátricas las cuales a través de la videoconferencia apoyaron a los padres en el cuidado de sus hijos en casa. Las profesionales de enfermería lo defendieron como una asistencia útil para ayudar en el cambio de los recién nacidos entre el hospital y el hogar. Además, afirmaron que la videoconferencia facilitó la relación entre los progenitores y el recién nacido y que por lo general les ayudó en crear la seguridad necesaria en la relación con la familia. En general, la utilización de la videoconferencia se defendió como algo positivo y como una medida que ayuda en la atención domiciliaria (Lindberg et al., 2009;).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

Otro país que ha utilizado esta medida de la videoconferencia ha sido Irlanda del Norte cuando realizó un estudio durante las primeras ocho semanas de vida donde el recién nacido se alimentaba de lactancia materna. A través de la tecnología daban a las madres la información necesaria y el apoyo emocional que demandaban en situaciones de estrés (Lazenbatt et al., 2001).

En Chile a través de la Universidad se puso en marcha un servicio de consulta terapéutica vía telefónica con el fin de brindar guía y asesoría a los padres en el proceso de criar a sus hijos, una intervención educativa y de orientación. El tiempo que lleva funcionando se han recibido una media de 26 llamadas diarias, y los principales motivos de consulta han sido problemas de salud del niño, lactancia materna y cuidados básicos del recién nacido. (Campos et al., 2002)

El proceso de hospitalización supone una metamorfosis para los niños y para sus familias, grandes cambios y grandes emociones en un periodo corto de tiempo. Más complicado se hace además si existen barreras geográficas, por este motivo en Canadá se realizó un estudio para evaluar el uso de los videoteléfonos como medio de apoyo para estas familias. Los usuarios afirmaron que gracias a esta medida los sentimientos de ansiedad y aislamiento disminuyeron. Además, se observó una mejora entre la relación familiar (Nicholas et al., 2011).

Relacionado con el tema, una revisión sistemática de la Cochrane ha evaluado el uso de la teleenfermería como herramienta de apoyo a los familiares de neonatos hospitalizados y resume que no hay evidencia científica suficiente para utilizarla como ayuda. Aunque recomiendan seguir con las investigaciones para dar a conocer esta intervención y su eficacia (Tan y Lai, 2012).

En resumen, aunque se ha intentado exponer y explicar las utilidades y resultados de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el ámbito sanitario, especificando en enfermería y más especial en el periodo infantil existe en contraposición con este punto un mínimo número de estudios sobre este tema, más específicamente en nuestro país. En el ámbito de la teleenfermería en pediatría solo encontramos estudios relacionados con patologías y la facilidad de seguimiento y tratamiento de pacientes mediante el uso de la tecnología, pero no encontramos trabajos en el área de atención

primaria. Esta es una de las justificaciones por las que resulta difícil introducir la nueva tecnología, sin tener antes unas referencias y una información sobre la aceptabilidad del usuario y sobretodo sobre los beneficios que tiene su introducción.

1.8 Consulta infantil en España y en Castilla La Mancha.

En nuestro país, el número de nacimientos ha ido variando a lo largo de los últimos años. En 2000 el nº de nacimientos es de 397.632 y una tasa de natalidad de 9,85 ‰. En el año 2008 se alcanzó el máximo número con 519.779 nacimientos y con una tasa de natalidad de 11,30 ‰, siendo la cifra más elevada desde 1986. Posteriormente estas cifras han ido disminuyendo, en 2013 un número de nacimientos de 425.390 y una tasa de natalidad de 9,11 ‰. Como últimos datos tenemos los del 2016, con un total de 408.384 nacimientos y una tasa de natalidad de 7,91 ‰. (INE 2016).

El descenso se explica, según el INE, por dos motivos. Por un lado, hay una menor fecundidad año tras año porque la gente ha renunciado a tener hijos. De hecho, es la inmigración la que nos salva, porque el 18,93% de los bebés que vinieron al mundo en 2016 es de madre extranjera. Por otro, cada vez hay menos mujeres en edad fértil.

Desde los 80 hay una fuerte crisis de natalidad y el número de mujeres entre 15 y 49 años viene descendiendo desde 2009.

Los datos del Movimiento Natural de la Población dicen que la edad media de acceso a la maternidad se sitúa en 31,33 años entre las mujeres españolas y en 27,71 años entre las mujeres extranjeras. La media entre unas y otras hace 30,79 años. Mientras tanto, el número medio de hijos por mujer sigue bajando: de 1,34 a 1,33 en 2016 (INE 2016).

Estas variaciones en los indicadores demográficos también se han producido en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, donde el número de nacimientos en 2016 fue de 17727 y una tasa de natalidad de 8,67‰, cifra que ha disminuido notablemente en los últimos años.

Consulta Infantil:

Dentro del territorio español la consulta pediátrica engloba una variedad de programas de salud, el cual en las diferentes comunidades autónomas tiene características específicas.

Los programas de salud relacionados con la edad pediátrica serían los siguientes:

- Consejos para el cuidado del recién nacido.
- Consejos para la lactancia materna.
- Consejos de salud infantil para menores de 2 años.
- Prevención del síndrome de muerte súbita en lactantes.
- Promoción de la lactancia materna.

1.9 Los cuidados de enfermería en la consulta infantil y la especialidad de Pediatría (Orden ASAS/1730/2010).

La especialidad de Enfermería Pediátrica está regulada a nivel europeo por la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y a nivel estatal por la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica (Directiva 2005/36/CE).

Por otra parte, la importancia del colectivo al que se dirige la enfermería pediátrica se pone de manifiesto en los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2009) recogidos del padrón municipal de 2016, en los que el 14,93% de la población española es menor de 14 años, porcentaje que se eleva al 19,69% si ampliamos dicha edad, como en la mayoría de los países desarrollados, hasta los dieciocho años (INE, 2009).

La enfermería pediátrica actual, debe dar una respuesta adecuada a la necesidad de personalizar los cuidados y su coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Este enfoque humanístico de la especialidad, posibilita recuperar los cuidados tradicionales, fomentando el vínculo afectivo, la utilización del masaje y el tacto, la lactancia materna, la incorporación de los padres en el cuidado y tratamiento del recién nacido, niño y adolescente, teniendo presentes los factores culturales, la escolarización del niño hospitalizado y haciendo especial énfasis en la educación para la salud.

La enfermera especialista en Enfermería Pediátrica, es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas.

Asimismo, es el profesional que, con una actitud científica responsable ejercerá el liderazgo en el ámbito del cuidado al recién nacido, niño y adolescente, sano y con procesos patológicos agudos, crónicos o discapacitante, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

Las competencias que conforman el perfil de la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica tienen su inicio en las competencias trabajadas a lo largo de la formación de Grado, siendo el ámbito de la especialidad donde la enfermera interna residente (EIR) adquirirá su máximo desarrollo y especificidad (Orden SAS/1730/2010).

El ámbito de actuación abarca tanto la Atención Primaria que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio, como la Atención Hospitalaria. Entre ellas cabe señalar las competencias que hacen referencia a la consulta de enfermería en atención primaria:

1. Establecer una interacción profesional con el recién nacido, niño, adolescente y familia, demostrando habilidades, conocimientos y actitudes para la relación terapéutica, teniendo en cuenta la diversidad cultural, con la finalidad de identificar áreas de cuidados, contribuir a la adquisición de habilidades de autocuidado, favorecer el bienestar y acompañar en los procesos que conlleven una pérdida o un cambio de vida.

2. Mantener una comunicación eficaz con el equipo, con otros profesionales, instituciones, grupos sociales, así como con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud, utilizando los recursos disponibles, que facilite el intercambio de información y contribuya a una mejora en los cuidados prestados en un clima de colaboración multiprofesional.

3. Liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica para hacer más eficiente la atención y adaptada a las necesidades de los recién nacidos, niños, adolescentes y familias.

4. Ejercer liderazgo en el equipo de salud y en otros grupos sociales y profesionales, llevando a cabo actividades de coordinación de grupos y el trabajo en equipo.

5. Gestionar, liderar y coordinar la actividad asistencial y los servicios de enfermería, garantizando la mejora continua de la calidad de los cuidados.

6. Gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional garantizando el secreto profesional y la calidad de los registros.

7. Realizar educación para la salud al niño, adolescente, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, diseñando, planificando y llevando a cabo intervenciones para promover, fomentar y mantener estilos de vida saludables, prevenir riesgos y lograr el mayor nivel de autocuidado posible o de cuidado a otros, en los diversos ámbitos de actuación en calidad de asesor-experto.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

8. Valorar de forma integral y contextualizada al recién nacido, niño, adolescente y familia detectando cualquier anomalía y posibles déficits en sus necesidades, elaborando juicios clínicos profesionales, planificando las intervenciones y resolviendo de forma autónoma los problemas identificados y/o derivando a otro profesional.

9. Gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades, derivadas de los problemas de salud del recién nacido, niño, o adolescente, y a la prevención de complicaciones, garantizando una práctica segura y de calidad.

10. Prestar cuidados integrales al recién nacido, niño, adolescente y familia desde una perspectiva ética y legal, con respeto, tolerancia, sin enjuiciamientos, con sensibilidad a la diversidad cultural, garantizando el derecho a la intimidad, la confidencialidad, la información, la participación, la autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones.

11. Valorar al niño y adolescente con un proceso crónico, y/o con discapacidad, a su familia y su entorno social, identificando su grado de dependencia, los cuidados que requiere, los recursos y apoyos sociales disponibles, así como, los servicios de salud necesarios para cubrir sus necesidades. Resolver los problemas identificados de manera autónoma y/o con el equipo de salud y en caso necesario derivando a otro profesional, asegurando una actuación compartida y coordinada entre atención primaria y el hospital.

12. Aplicar diferentes estrategias de educación para la salud al niño o adolescente con un proceso crónico y/o con discapacidad, de manera autónoma, teniendo en cuenta el entorno, para promover y/o mantener la autonomía del niño/adolescente y familia.

13. Valorar las necesidades que presentan el niño con enfermedad mental y su familia, planificar y realizar las intervenciones adecuadas a las distintas situaciones de forma autónoma o con otros profesionales ya sea durante la hospitalización o de forma continuada en los controles de salud de atención primaria.

1.10 Lactancia. Introducción de la alimentación.

La lactancia materna constituye la mayor demanda de la consulta de enfermería durante los primeros meses de vida. Aporta relevantes beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. La lactancia materna exclusiva durante seis meses se asocia con una disminución de peso de la madre en el posparto y una reanudación tardía de la menstruación. También se afirma cierta evidencia de que disminuye la incidencia de cáncer de ovario y de mamá. Los beneficios tempranos en los lactantes incluyen la disminución de la morbilidad infantil debida a infecciones respiratorias, digestivas y urinarias, además de una disminución de la mortalidad en los recién nacidos prematuros (Sutcliffe et al., 2011).

Según la OMS, la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Sin embargo, las tasas de lactancia materna son inferiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); porque sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (OMS, 2003).

En los últimos años la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, los departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad han hecho varias campañas de promoción de la lactancia natural, las Sociedades Científicas han realizado diferentes cursos para la formación de los profesionales de la salud y se han ido creando grupos de apoyo a las madres, lo que ha ayudado a mejorar los porcentajes de lactancia materna (Unicef, 2012).

El porcentaje de niños menores de 5 años alimentados total o parcialmente con leche materna a las 6 semanas del nacimiento fue de alrededor del 68%, pasando a los 3 meses de edad al 55% y al 30% a los 6 meses. Según los últimos datos parece que la tendencia viene siendo creciente desde 1995. (INE, 2012).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

La lactancia materna aporta a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, siendo reconocidas las ventajas que la alimentación materna posee tanto de carácter biológico como psicológico (La Liga de la leche, 2015; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Tabla 3: Distribución del tipo de lactancia según clase social basada en la persona de referencia. (INE, 2012).

Ocupación de la persona de referencia	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
	66,2	6,2	27,6	53,6	13,0	33,5	28,5	18,4	53,1
I	68,9	8,1	23,0	59,6	15,0	25,4	32,4	19,0	48,6
II	70,8	6,8	22,4	58,4	14,3	27,4	25,1	26,0	48,8
III	58,7	7,4	34,0	44,3	15,7	40,0	24,6	18,1	57,3
IV	70,3	5,2	24,6	52,9	14,2	32,9	28,3	15,7	56,0
V	64,9	5,8	29,4	53,8	10,0	36,1	27,5	17,5	55,0
VI	69,0	4,2	26,8	55,4	11,5	33,2	35,7	18,6	45,8

Por otro lado, en la Encuesta de Salud de 2006 en Castilla La Mancha, el porcentaje de neonatos alimentados al pecho a las seis semanas era del 73,21%, a los tres meses 55,26%, y a los seis meses del 24,75%. Además, en la última Encuesta Regional de Salud de Castilla-La Mancha (2006) se constatan los siguientes resultados: a las 6 semanas es del 71,30%, a los 3 meses es del 60,40% y a los 6 meses es del 37,10%, datos más altos que la encuesta realizada a nivel nacional (Encuesta de salud, 2002).

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas y evidencias sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna: hay evidencia suficiente para poder afirmar que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta

Una de las principales prioridades para la Salud Pública es la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Las estrategias para ayudar estos objetivos se sostienen en el apoyo a grupos de madre y un buen asesoramiento profesional. La evidencia científica afirma que ambas contribuyen a tener una mayor duración de la lactancia materna exclusiva. Asimismo, una revisión sistemática del Instituto Joanna Briggs aporta evidencia para que se adopten modelos de asistencia que incluyan el asesoramiento individual, la atención continuada y la ayuda práctica a las madres.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Las principales demandas que tienen las madres respecto a este tema son la falta de coordinación con su pequeño a la hora de amamantar, los problemas de agarre y problemas maternos para llevarla eficazmente.

En este contexto, se encontraría también la introducción de alimentos, momento delicado en la atención hacia un lactante. Los padres se encuentran con grandes limitaciones en sus conocimientos y les resulta difícil acertar a la hora de realizar los cambios en la alimentación.

Un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

La OMS afirma que alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

1.11 Vacunaciones infantiles.

La inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. La cobertura vacunal mundial (proporción de niños de todo el mundo que reciben las vacunas recomendadas) se ha mantenido estable en los últimos años (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2016). El acceso de la población infantil a la vacunación sistemática de enfermedades prevenibles mediante la misma, ha logrado reducir de forma importante su morbilidad y mortalidad.

A propuesta de la Comisión de Salud Pública el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en 2015 un calendario de vacunación básico, la compra centralizada de vacunas (gripe y vacunas del calendario vacunal) y el estudio técnico para la propuesta de calendario 2013 unificando el calendario completo. El calendario de vacunación aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación sistemática de la población infantil contra: la difteria, tétanos, pertussis y poliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis (triple vírica), haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B, meningitis meningocócica tipo C, varicela y virus del papiloma humano. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2016).

Tabla 4: Calendario común de vacunación infantil, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Año 2016.

VACUNACIÓN	EDAD											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	3 años	4 años	6 años	12 años	14 años
Poliomielitis		VPI1	VPI2	VPI3			VPI4					
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa1	DTPa2	DTPa3			DTPa4			dTpa		Td
Haemophilus influenzae b		Hib1	Hib2	Hib3			Hib4					
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV1			TV2				
Hepatitis B ^(a)	HB1 ^(a)	HB2 ^(a)		HB3 ^(a)								
Enfermedad meningocócica C ^(b)			MenC1 ^(b)		MenC2						MenC3	
Varicela ^(c)						VVZ		VVZ			VVZ ^(c)	
Virus del Papiloma Humano ^(d)											VPV1 ^(d)	
Enfermedad neumocócica		VCN1	VCN2		VCN3							

^(a) En niños de madres portadoras la pauta es de 0, 1, 6 meses.
^(b) Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).
^(c) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.
^(d) Vacunar solo a las niñas.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

En España, la cobertura de vacunación de los niños es bastante alta, siendo el porcentaje de niños que han recibido la serie básica de vacunas recomendadas en nuestro país del 96%.

Tabla 5: Coberturas de primovacunación. Series básicas. España 2007-2016.

TABLA 1: COBERTURAS DE PRIMOVACUNACIÓN. SERIES BÁSICAS. ESPAÑA 2007-2016										
VACUNAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poliomielitis	96,4	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3	95,6	96,6	96,6	97,2
DTPa	96,4	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3	95,6	96,6	96,6	97,2
Hib	96,3	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3	95,6	96,5	96,6	97,2
Hepatitis B	96,3	96,5	95,5	96,5	96,6	95,8	95,2	96,2	96,6	97,2
Meningitis C	96,8	97,2	97,4	97,8	98	96,6	95,8	96,9	97,0	98,0

Así según datos del ministerio de Sanidad y la Dirección General de Salud Pública del año 2016, más del 95% de la población española han recibido la primovacunación. Más concretamente en Castilla La Mancha casi el 96% de los niños entre 0 y 1 año están vacunados correctamente.

Tabla 6: Porcentaje de coberturas de primovacunación en niños de 0 a 1 año. Comunidades Autónomas 20116.

TABLA 5: COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE RECUERDO EN NIÑOS DE 1-2 AÑOS. COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2016											
CC.AA	Población	Fuente	Poliomielitis		DTPa		Hib		Meningitis C		
			nº dosis	%	nº dosis	%	nº dosis	%	Población	nº dosis	%
Andalucía	76.911	Vacunas 5.3	74.547	96,9	74.547	96,9	74.547	96,9	76.911	75.610	98,3
Aragón*	11.692	IAE	11.147	95,3	11.147	95,3	11.147	95,3	11.692	11.006	94,1
Asturias**	6.580	SIPRES (cohorte 2013)	6.296	95,7	6.301	95,8	6.292	95,6	6.580	6.416	97,5
Baleares*	11.399	Padrón	11.018	96,7	11.018	96,7	11.018	96,7	-	-	-
Canarias	15.902	Tarjeta sanitaria	14.830	93,3	14.830	93,3	14.830	93,3	15.902	14.850	93,4
Cantabria	4.417	INE	4.214	95,4	4.214	95,4	4.214	95,4	4.578	4.355	95,1
Castilla y León	18.022	REVA 18 meses (nacidos julio 2014-junio 2015)	16.798	93,2	16.798	93,2	16.798	93,2	17.762	16.903	95,2
Castilla La Mancha	16.887	Tarjeta sanitaria	16.266	96,3	16.266	96,3	16.266	96,3	16.887	16.365	96,9
Cataluña	72.222	IDESCAT	67.566	93,6	67.570	93,6	67.542	93,5	72.222	67.606	93,6
C. Valenciana	43.808	Tarjeta sanitaria	41.562	94,9	41.572	94,9	41.562	94,9	43.808	42.042	96,0
Extremadura	8.768	CIVITAS	7.667	87,4	7.667	87,4	7.667	87,4	8.643	8.300	96,0
Galicia	19.630	IGE (nacimientos)	19.472	99,2	19.472	99,2	19.472	99,2	19.630	19.591	99,8
Madrid	64.718	Metabopatías	63.665	98,4	63.665	98,4	63.665	98,4	64.718	63.488	98,1
Murcia	16.308	CRE (nacidos 2014)	15.307	93,9	15.307	93,9	15.307	93,9	16.308	15.725	96,4
Navarra	6.287	Tarjeta sanitaria	5.980	95,1	5.980	95,1	5.980	95,1	6.044	5.923	98,0
P. Vasco	19.298	Registro de RN	17.796	92,2	17.796	92,2	17.796	92,2	19.298	17.824	92,4
La Rioja	2.886	Registro de vacunas	2.772	96,0	2.772	96,0	2.772	96,0	2.778	2.717	97,8
Ceuta	1.202	INE	1.201	99,9	1.201	99,9	1.201	99,9	1.202	1.146	95,3
Melilla	1.392	Padrón municipal	1.283	92,2	1.283	92,2	1.283	92,2	1.392	1.245	89,4
TOTAL	418.329		399.387	95,5	399.406	95,5	399.359	95,5	406.355	391.112	96,2

Por su parte la vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) en niños de 1 a 2 años es de más del 97%, superando el 90% los que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Tabla 7: Cobertura de vacunación de Sarampión- Rubeola-Parotiditis y de VPH. España 2007-2016.

TABLA 3: COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE SARAMPIÓN-RUBEOLA-PAROTIDITIS (SRP) Y DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH). ESPAÑA 2007-2016										
VACUNAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VACUNACIÓN TRIPLE VÍRICA: SARAMPIÓN-RUBEOLA-PAROTIDITIS (SRP)										
Primera dosis: niños de 1 a 2 años	97,2	97,6	97,4	95,5	96,8	97,1	95,3	96,1	96,2	96,7
Segunda dosis: niños de 3 a 6 años	95,0	94,4	90,4	92,3	91,3	90,3	90,7	93,0	94,2	94,7
VPH EN ADOLESCENTES										
Pauta completa: niñas de 11 a 14 años	-	-	77,2	64,3	65,5	70,8	74,7	73,1	79,0	77,5

Tabla 8: Coberturas de vacunación de recuerdo en niños de 1-2 años. Comunidades autónomas 2016.

TABLA 5: COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE RECUERDO EN NIÑOS DE 1-2 AÑOS. COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2016											
CC.AA	Población	Fuente	Poliomielitis		DTPa		Hib		Meningitis C		
			nº dosis	%	nº dosis	%	nº dosis	%	Población	nº dosis	%
Andalucía	76.911	Vacunas 5.3	74.547	96,9	74.547	96,9	74.547	96,9	76.911	75.610	98,3
Aragón*	11.692	IAE	11.147	95,3	11.147	95,3	11.147	95,3	11.692	11.006	94,1
Asturias**	6.580	SIPRES (cohorte 2013)	6.296	95,7	6.301	95,8	6.292	95,6	6.580	6.416	97,5
Baleares*	11.399	Padrón	11.018	96,7	11.018	96,7	11.018	96,7	-	-	-
Canarias	15.902	Tarjeta sanitaria	14.830	93,3	14.830	93,3	14.830	93,3	15.902	14.850	93,4
Cantabria	4.417	INE	4.214	95,4	4.214	95,4	4.214	95,4	4.578	4.355	95,1
Castilla y León	18.022	REVA 18 meses (nacidos julio 2014-junio 2015)	16.798	93,2	16.798	93,2	16.798	93,2	17.762	16.903	95,2
Castilla La Mancha	16.887	Tarjeta sanitaria	16.266	96,3	16.266	96,3	16.266	96,3	16.887	16.365	96,9
Cataluña	72.222	IDESCAT	67.566	93,6	67.570	93,6	67.542	93,5	72.222	67.606	93,6
C. Valenciana	43.808	Tarjeta sanitaria	41.562	94,9	41.572	94,9	41.562	94,9	43.808	42.042	96,0
Extremadura	8.768	CIVITAS	7.667	87,4	7.667	87,4	7.667	87,4	8.643	8.300	96,0
Galicia	19.630	IGE (nacimientos)	19.472	99,2	19.472	99,2	19.472	99,2	19.630	19.591	99,8
Madrid	64.718	Metabopatías	63.665	98,4	63.665	98,4	63.665	98,4	64.718	63.488	98,1
Murcia	16.308	CRE (nacidos 2014)	15.307	93,9	15.307	93,9	15.307	93,9	16.308	15.725	96,4
Navarra	6.287	Tarjeta sanitaria	5.980	95,1	5.980	95,1	5.980	95,1	6.044	5.923	98,0
P. Vasco	19.298	Registro de RN	17.796	92,2	17.796	92,2	17.796	92,2	19.298	17.824	92,4
La Rioja	2.886	Registro de vacunas	2.772	96,0	2.772	96,0	2.772	96,0	2.778	2.717	97,8
Ceuta	1.202	INE	1.201	99,9	1.201	99,9	1.201	99,9	1.202	1.146	95,3
Melilla	1.392	Padrón municipal	1.283	92,2	1.283	92,2	1.283	92,2	1.392	1.245	89,4
TOTAL	418.329		399.387	95,5	399.406	95,5	399.359	95,5	406.355	391.112	96,2

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

El calendario vacunal de Castilla La Mancha se basa en las recomendaciones que emite el Ministerio de Sanidad y Consumo para todas las comunidades autónomas. Las pautas de administración en función de la edad, así como el tipo de vacuna, se recogen en el Diario Oficial de Castilla- La Mancha por Orden de 14/12/2016.

Gráfico 2: Calendario de vacunaciones infantiles en Castilla-La Mancha 2016.



La vacunación es por tanto un tema relevante en el desarrollo del paciente pediátrico y supone una de las mayores demandas en las consultas de atención primaria.

1.12 Educación para la Salud.

La necesidad de actuar en temas tan prioritarios como la promoción de la salud y las actividades preventivas, hacen de la educación para la salud un objetivo importante en la atención pediátrica.

Se define la educación para la salud como la capacitación de las personas que pretende fomentar la prevención sobre el tratamiento a través de las aptitudes personales siendo eficaz para conseguir una mejor salud en lactantes, niños y adolescentes siempre que se cumpla una metodología y se mantenga a lo largo del tiempo.

Se observa que actualmente los padres/madres quieren participar de forma activa en la toma de decisiones en el proceso de educación para la salud de su hijo, hecho que está asociado a una mayor satisfacción.

Además, son los propios profesionales sanitarios los que afirman que padres y madres buscan información en Internet sobre el proceso de educar, criar y dar atención a sus hijos, ya que al tratarse de una población joven utilizan con mayor frecuencia el empleo de la telemática.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

JUSTIFICACIÓN

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el Ámbito pediátrico.

Dentro del marco de la función asistencial de enfermería se encuentra la atención primaria, y más específicamente la consulta de pediatría. Las especialistas de enfermería pediátrica de Castilla La Mancha, concretamente de la provincia de Albacete atienden al cuidado de la población pediátrica desde el nacimiento hasta la edad de 14 años. En los últimos años se ha producido un aumento en la carga de trabajo en esta área, además del desarrollo constante de los programas de salud infantil. Por lo que parece razonable buscar estrategias más eficientes que permitan mejorar la asistencia de los ciudadanos.

Por otro lado, es una realidad que las nuevas tecnologías están invadiendo el mundo actual y cada vez se ven más en el día a día de la población. El uso del correo electrónico, los teléfonos y las tabletas han ofrecido grandes ventajas en el desarrollo de actividades de ocio y laborales, por lo que, ¿por qué no introducirlas en el ámbito sanitario? Las TICS son una novedosa herramienta para las enfermeras y una revolución en la gestión, proporción y promoción de los cuidados. Gracias a las nuevas tecnologías se resuelven problemas como el tiempo y la distancia.

Sin embargo, desde un punto de vista general, cabe señalar que existe un bajo número de trabajos relacionados con este tema, especialmente en nuestro país. En el contexto de estudios telemáticos en pediatría, no se han encontrado ningún estudio en el ámbito de la atención primaria, tan solo se han encontrado investigaciones relacionadas con alguna patología como es el caso de la diabetes, en el cual introdujeron el uso de la tecnología a través del seguimiento por teléfono, pero debido a la baja muestra del estudio no pudieron aportar evidencia suficiente sobre su eficacia (Sutcliffe et al., 2011). Este es uno de los motivos por los que, para esta clase de cambios en la práctica asistencial, resulta difícil introducir la nueva tecnología, sin tener antes unas referencias y una información sobre la aceptabilidad del usuario y sobretodo sobre los beneficios que tiene su introducción.

Además, los resultados y las evidencias disponibles sobre el impacto que tienen esta clase de aplicaciones de teleenfermería son insuficientes hasta el momento para determinar si son igual de eficaces que las intervenciones asistenciales realizadas hasta el momento. Por lo que es bastante complicado sacar conclusiones sobre ello ya que se recomienda que cuando se lleve a cabo una investigación a través de intervención telemática, se realice una comparación entre ésta y los métodos tradicionales de prestación del servicio, para conocer cuáles serían las desventajas y los beneficios adicionales de usar esta tecnología. (Griffiths et al., 2006).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

Teniendo en cuenta la situación asistencial en nuestro país, el acceso a las tecnologías de la población en general, la satisfacción de los usuarios con la introducción de esta clase de cambios y el nivel de evidencia disponible, se decidió realizar una investigación experimental con intervención telemática a través del correo electrónico en los padres de la población pediátrica en un centro de salud.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Hipótesis general: El uso de correo electrónico como método de consulta en pediatría se asocia con una mejoría de la satisfacción de los padres.

Hipótesis operativa: Con el uso de correo electrónico como método de consulta en pediatría esperamos obtener una diferencia de igual o superior a 1 en la escala Servqhos modificada de satisfacción.

Objetivo general:

- Evaluar el impacto de la teleasistencia mediante el correo electrónico sobre la calidad percibida por los padres en consultas de enfermería pediátrica.

Operativo primario:

- Evaluar el efecto de una intervención por correo electrónico sobre la satisfacción de los padres medida mediante la escala Servqhos en consulta de enfermería pediátrica.

Objetivos operativos secundarios:

- Analizar y comparar el grado de resolución de las demandas planteadas, en el grupo estudio y en el grupo control.
- Identificar el tipo de actividades asistenciales y educativas que se derivan de la intervención realizada en ambos grupos.
- Cuantificar el efecto del proceso de consulta mediante correo electrónico sobre el número total de consultas asistenciales.
- Evaluar el impacto económico de la teleasistencia mediante correo electrónico.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODO

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

41 Aspectos generales:

Ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, controlado en paralelo, con evaluador ciego realizado en el centro de salud zona 1 de la provincia de Albacete.

42 Ámbito de estudio:

El estudio se realizó en el centro de salud zona 1 de la provincia de Albacete, como centro de referencia en la implantación de las nuevas tecnologías dentro de la provincia. Este centro en el año 2014 contó con una población de 2937 niños con edades comprendidas entre los 0- 14 años.

En este centro de salud las enfermeras pediátricas realizan actividades asistenciales, de prevención, promoción y cribado en el proceso de atención infantil.

Dentro del período de estudio se ha elaborado una primera fase donde se realizó la captación de padres y una segunda fase, en la cual se llevó a cabo el trabajo de campo, la intervención y el seguimiento de los padres y niños que han participado en el proyecto.

43 Selección de pacientes:

La captación y reclutamiento de los padres se ha hecho en el centro de salud zona 1 de Albacete a través de las enfermeras, las cuales han explicado el estudio a los pacientes citados que cumplieran criterios para la inclusión en el mismo.

Criterios de inclusión de padres:

- Padres o madres de niños con revisiones de salud y atención sanitaria en el centro de estudio.
- Padres o madres de niños que quisieran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado.
- Padres o madres usuarios de Internet y con acceso al correo electrónico, bien por telefonía móvil o por ordenador.

Criterios de exclusión:

- Padres o madres que tuvieran dificultades de comprensión con el idioma español o con el uso de tecnologías.

44 Sistemas de aleatorización:

La selección de los padres se ha realizado de forma consecutiva a medida que han acudido a la consulta relacionándole a cada uno de ellos con un identificador. Fueron aleatorizados según una proporción 1:1 al grupo de intervención telemática o al grupo control respectivamente.

Las enfermeras prepararon la aleatorización explicada a través de una hoja Excel y unos sobres con los identificadores con el objetivo de enmascarar la asignación de los sujetos, de tal manera que la investigadora principal, también evaluadora, no ha conocido la asignación. Esta hoja de Excel tenía la distribución de los identificadores hasta completar la muestra en una proporción 1:1, por lo que cuando un paciente aceptaba participar se sacaba un sobre y se comparaba el identificador con la hoja Excel y se le asignaba a un grupo o a otro.

45 Descripción de la intervención:

La intervención ha consistido en incluir la vía telemática por correo electrónico como posibilidad para la atención sanitaria de sus hijos.

- En el grupo de intervención telemática los padres han recibido una atención habitual y además se les ofertó la posibilidad del uso de una intervención telemática por correo electrónico. Es decir, la posibilidad de realizar preguntas mediante el correo electrónico a través de un sistema de encriptación con la plataforma SafeGmail, para garantizar la confidencialidad.
- En el grupo control los padres han tenido la atención presencial habitual.

A toda la muestra se les indicaba el tipo de intervención que se iba a evaluar, y que existía la posibilidad una vez incluidos en el estudio que fuesen asignados en un grupo o en otro.

46 Sistema de seguimiento:

En el momento del primer contacto de los padres con la consulta desde el inicio del estudio, la enfermera tuvo una entrevista personal con cada uno de ellos. En esta primera toma de contacto se les explicó los objetivos del estudio, los procedimientos y planes de trabajo a realizar y bajo la aceptación voluntaria del padre y/o tutor y firma del consentimiento informado (Anexo 1) con copia para él/ella se comenzó con la primera visita del protocolo establecido (Anexo 7).

El estudio se ha realizado en dos fases consecutivas:

1º fase: Captación y reclutamiento. Visita informativa.

2º fase: Evaluación y recogida de información. Todas las consultas asistenciales y telemáticas se han registrado en base al identificador correspondiente para cada sujeto, todos los puntos de la información recogida pueden observarse en el Anexo 4. A todos los miembros de la muestra se le ha aplicado un cuestionario al inicio, a los tres meses y a los seis meses de su inclusión (Anexo 5). Antes de introducir los datos en la base de datos se separó en las hojas de recogida de datos identificativos del resto de la información (Anexo 3). En la base de datos solamente se incluyó información anonimizada.

Durante la segunda fase del estudio se les ha administrado a los sujetos la escala de satisfacción de Servqhos modificada que es la adaptación de la escala de satisfacción Serviqual. Consta de 28 preguntas tipo Likert. (Anexo 6).

Durante la fase de desarrollo las hojas de recogida de datos en formato papel se han mantenido en un archivo cerrado al que solo ha tenido acceso la investigadora del estudio y la enfermera, la cual desde la consulta rellenaba las hojas y las colocaba en el archivo.

4.7 Generación de matriz de variables y descripción de variables:

Durante la fase de recogida de datos se crearon dos ficheros Excel en ambos se incluyeron la información recogida para ser traspasada a soporte magnético. Dentro de la muestra, un campo era la variable grupo, divididos en intervención y control. Las otras variables consideradas fueron (columnas de Excel):

Variable principal: Grado de satisfacción mediante la escala Servqhos modificada. Variable cuantitativa discreta dependiente medida al inicio, a los 3 y a los 6 meses de la inclusión del sujeto a estudio.

Variables secundarias: Consultas efectuadas: motivo, vía de realización de la consulta, número de visitas, dificultades de accesibilidad y motivo no utilización. Características sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudio, trabajo remunerado, educación maternal y control del embarazo.

48 Análisis de datos:

- El fichero Excel fue captado en SPSS 15.0.
- En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo univariante de los datos. Las variables categóricas se han expresado como frecuencias absolutas (n) y relativas (%), mientras que las variables numéricas se han expresado como media, medianas y desviación típica. Los resultados obtenidos se han representado mediante tablas y gráficas.
- En segundo lugar, se ha realizado un análisis bivariante para comparar el grupo de intervención telemática frente al control en las variables respuestas y examinar la relación entre las distintas variables influyentes en el uso de la teleasistencia, cómo el uso de Internet y de correo electrónico. En caso de variables cualitativas la técnica utilizada ha sido la Chi-cuadrado (χ^2). Para variables cuantitativas se ha aplicado la T de Student previa comprobación de los supuestos de aplicación.
- En tercer lugar, se realizó un análisis para confirmar los efectos obtenidos a pesar de los desequilibrios iniciales. Se aplicó una prueba de regresión múltiple para comprobar el efecto de las variables y estudiar la posible relación entre varias variables independientes, predictoras o explicativas (grupo, sexo, satisfacción inicial y control del embarazo) y otra variable dependiente de criterio, explicada o respuesta (satisfacción final a los seis meses). La variable independiente se ha tratado de la siguiente manera, grupo control tomaba el valor de 0 y grupo de intervención telemática el valor de 1. Asimismo, las variables independientes cualitativas se han manejado como ficticias cuantitativas y se han tratado de la siguiente manera: para la variable sexo, femenino tomaba el valor 1 y el masculino el valor 0; Para el control del embarazo, el “sí” tomaba un valor 1 y el “no” un valor 0 y por último para los estudios, si se han llevado a cabo estudios primarios tomaba valor 1, estudios secundarios valor 0 y por último si los anteriores toman valor 0 se trataría de estudios universitarios. Asimismo, para ampliar el análisis se realizó la D de Cohen teniendo en cuenta la magnitud de las diferencias y las desviaciones estándar de ambos grupos.
- Por último, se realizó un análisis económico de los datos obtenidos para estimar el impacto económico que supondría la inclusión de esta forma de consulta. De manera general, se tuvieron en cuenta las diferencias económicas que hay entre las visitas asistenciales y las visitas telemáticas. Resaltando que el valor de una visita asistencial de enfermería, según datos del Diario Oficial de Castilla La Mancha de 2014, sería de 28,38

euros, especificando que la hora de trabajo enfermería tiene un coste de 14,6 euros. Además, hemos considerado que para cada consulta telemática utilizaremos una media de 15 minutos para responder cada correo electrónico, por lo que teniendo en cuenta los datos anteriores cada consulta de enfermería por vía telemática costaría 3,65 euros.

- El nivel de significación considerado en todos los casos ha sido de $p < 0,05$, considerando un intervalo de confianza del 95%. Como ya hemos indicado todas las pruebas se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

49 Tamaño muestral:

El tamaño de la muestra se ha calculado con el programa Granmo para el cálculo de dos grupos independientes. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisan 36 sujetos en el primer grupo y 36 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 1 punto en la escala Serviquil de satisfacción. Se asume que la desviación estándar común es de 1,5. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 0%.

4.10 Técnica de muestreo:

La selección de los padres se ha realizado de forma consecutiva a medida que han acudido a las consultas programadas o a las consultas a demanda. En el caso de que acudieran ambos padres a la consulta, entre ellos se elegía a la persona que con seguridad fuera a venir en las siguientes consultas, o el padre o la madre.

Las enfermeras prepararon anteriormente una aleatorización con el objetivo de enmascarar la asignación de los sujetos, para que los enfermeros del centro de salud y los padres conocen la asignación a los grupos de estudio, pero la investigadora principal y evaluadora no. Por otro lado, ha existido otro registro en papel que ha permitido relacionar los datos de identificación con el resto de las hojas. Este listado, que permite identificar a los pacientes, ha permanecido en un fichero cerrado y solamente ha sido accesible para las enfermeras. De tal manera que cuando llegaba un paciente, se le asignaba el grupo, con sus correspondientes documentos identificados con un identificador, esa relación se dejaba escrita en el listado, y a partir de ahí, trabajaba la investigadora con identificadores numéricos en vez de nombres de sujetos. Este registro se ha destruido tras la finalización del análisis de los datos. Por otro lado, señalar que han sido las propias enfermeras las que pasaban el cuestionario, el cual era rellenado por los padres, y tras ello se guardaba en el archivo tan sólo accesible para la investigadora.

4.11 Aspectos éticos:

Este estudio se ha realizado respetando los principios y las normas éticas básicas que tienen su origen en la actual revisión de la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial (versión revisada de Seúl, 2008), el Convenio de Oviedo (1997) y Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización (BPC de la ICH, 1996) y con los requisitos reguladores vigentes.

El estudio se ha llevado a cabo cumpliendo con lo necesario por lo que antes de comenzar el estudio, tanto la Comisión de Investigación como el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CEIC) han aprobado y han dado su opinión favorable al protocolo y a todas sus enmiendas, así como al consentimiento informado del paciente.

Se ha obtenido el consentimiento informado por escrito otorgado libremente a todos los padres o a su representante legalmente aceptable antes de participar en el ensayo clínico, incluyendo el consentimiento informado para cualquier procedimiento de selección que se realice para determinar la elegibilidad del paciente para el ensayo.

Al paciente también se le ha informado sobre la naturaleza del estudio hasta la extensión compatible con su nivel de comprensión. Las enfermeras han tenido en cuenta el deseo explícito de un paciente que no puede otorgar su consentimiento informado, pero que es capaz de formar una opinión y valorar esta información para negarse a participar o retirarse del ensayo clínico en cualquier momento.

Los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes del ensayo han sido las consideraciones más importantes a tener en cuenta y han prevalecido sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. El personal del estudio implicado en la realización de este ensayo está cualificado por su educación, formación y experiencia para realizar sus tareas correspondientes.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Se han implantado sistemas con procedimientos que garantizan la calidad de todos los aspectos del estudio, es por ello que los pacientes a la hora de utilizar el correo electrónico lo han hecho a través de la plataforma SafeGmail, la cual les ha dado la opción de encriptar el correo mediante el uso PGP (Pretty Good Privacy). Por último, la persona que ha recibido el correo ha podido leerlo respondiendo a una pregunta de seguridad cuya respuesta siempre ha sido “enfermera”.

Por último, a los pacientes que aleatoriamente han estado en el grupo al que se les ha dado la opción del correo se les ha entregado una hoja informativa con las instrucciones para poder utilizarlo (Anexo 7).

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

RESULTADOS

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

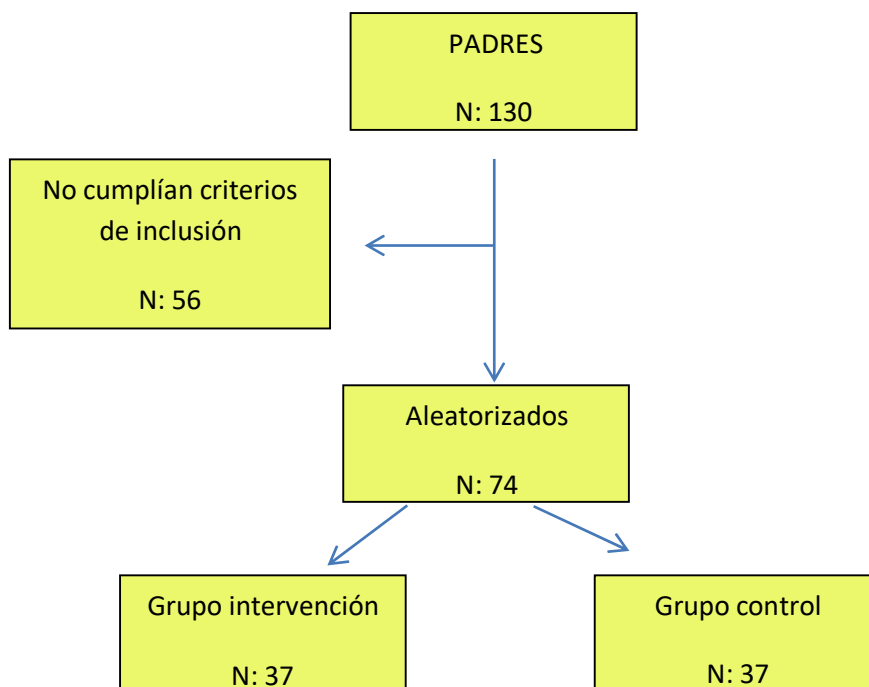
5.1 Reclutamiento de los sujetos de estudio:

El proyecto de atención telemática se ofreció a todos los pacientes que acudieron a la consulta de enfermería pediátrica entre los meses de enero 2016 hasta marzo de 2016, de los cuales se excluyeron a los que no cumplían los criterios de inclusión. Las causas de esa exclusión fueron varias, dividiéndolas de la siguiente manera:

- 23 no tenían acceso a Internet.
- 54 no quisieron participar en el estudio.
- 14 no comprendían el idioma español con claridad.
- 19 tenían dificultades con el uso de las tecnologías.

Por lo que de los 184 sujetos solo se aleatorizaron 74 pacientes que cumplían los criterios de selección y no hubo pérdidas durante el mismo.

Gráfico 3: Evolución de los sujetos captados durante el estudio.



5.2 Análisis descriptivo entre los progenitores de ambos grupos.

La muestra del estudio ha sido de 74 pacientes de los cuales 37 se han incluido en el grupo control y 37 en el grupo intervención. La muestra recogida fue un sujeto más por grupo que el tamaño de muestra previsto en el protocolo.

De manera general, hay que destacar un factor que puede afectar al análisis de las características sociodemográficas de los progenitores. La zona de estudio es de nueva construcción y con un centro de salud relativamente joven, si además añadimos que los hijos de los individuos que estudiamos, no pueden superar los 14 años, (edad límite de la consulta pediátrica) son componentes relevantes en los siguientes datos.

Todas las características sociodemográficas del progenitor que acude a la consulta se recogen en la tabla 9, siendo la media de edad de los participantes del grupo control de 32,8 años (DE=5) y la del grupo intervención de 34,8 años (DE= 4,4); ambos con un rango de entre 23 y 48 años. Dicha variable no ha obtenido diferencias estadísticamente significativas para el estudio. Asimismo, las mujeres representan en el grupo control el 88% de la muestra, con un total de 33; y en el grupo intervención un 75,7%, formado por 28 mujeres. Además, cabe destacar, que en la variable sexo, tras realizar el análisis correspondiente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,02.$) en la composición de los grupos. Por lo que desde esta perspectiva se consideran grupos diferentes, pero probablemente estas diferencias no tengan relevancia, ya que no sería de esperar que el sexo del progenitor incluido en el estudio afectase al número de consultas que se realicen, ya que, tratándose de una cuestión de salud de su hijo, ambos, tanto el padre como la madre, lo realizarían con la misma frecuencia.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Tabla 9: Distribución de las características sociodemográficas del progenitor que acude a la consulta junto al paciente pediátrico.

	GRUPO CONTROL. N (%)	GRUPO INTERVENCIÓN. N (%)	PORCENTAJE TOTAL (%)	P
Sexo:				
- Hombres	4 (12)	9 (24,3)	13 (17,6)	0,02
- Mujeres	33(88)	28 (75,7)	61 (82,4)	
Edad:				
- Joven (< 30 años)	10 (27)	5 (13,5)	15 (20,3)	0,50
- Adulto (30-45 años)	26 (70,2)	31 (83,8)	57 (77)	
- Adulto añoso (45 años)	1 (2,7)	1 (2,7)	2 (2,7)	
	Edad media: 32,8 años	Edad media 34,8 años		0,07
Nivel de estudios:				
- Estudios primarios	0 (0)	5 (13,5)	5 (6,7)	0,05
- Estudios secundarios	11 (29,8)	11 (29,8)	22 (29,7)	
- Estudios universitarios	26 (70,2)	21 (56,7)	47 (63,5)	
Trabajo remunerado:				
- SI	31 (83,8)	34 (91,9)	65 (87,8)	0,28
- NO	6 (16,2)	3 (8,1)	9 (12,2)	
Ed. maternal:				
- SI	32 (86,5)	30 (81,8)	62 (83,8)	0,23
- NO	5 (13,5)	7 (18,2)	12 (16,2)	

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Control del embarazo:				
- SI	35 (94,6)	31 (83,8)	66 (89,2)	0,04
- NO	2 (5,4)	6 (16,2)	8 (10,8)	
Ayuda en domicilio:				
- SI	0	0	0	0,27
- NO	37 (100)	37 (100)	37 (100)	

Todos los participantes habían cursado algún nivel de estudios. Por un lado, en el grupo intervención el 56,7% afirmaba tener estudios universitarios, 29,8% ha cursado estudios secundarios y un 13,5% manifestaron tener estudios primarios. Por otro lado, en el grupo control se obtuvo que el nivel de estudios universitarios fue del 70,2% de los sujetos y un 29,8% de la muestra habían cursado estudios secundarios. Además, en este grupo no había ningún participante con solamente estudios primarios. Relacionado con este parámetro, si se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,05$). En todo caso no sería de esperar que influenciase en los resultados, ya que, en la actualidad, desde cualquier ciclo formativo y nivel de estudios se accede al uso de Internet y del correo electrónico.

En cuanto a la ocupación laboral, un gran porcentaje de ambos grupos realizan un trabajo remunerado. Se puede observar en la tabla como hay una pequeña diferencia en el grupo intervención, ya que hay más padres que tendrían trabajo remunerado, dato importante para luego entender la frecuencia del uso de correo electrónico en este grupo para realizar algunas gestiones administrativas principalmente. Centrándonos en los datos, se observa que en el grupo control el 83,8% de los sujetos realizan trabajo remunerado y en el caso del grupo intervención lo realizan un 91,9% de los individuos de la muestra, este último porcentaje podría tener efectos sobre la accesibilidad y frecuencia de las consultas telemáticas.

En cuanto a saber si habían recibido educación maternal y si habían llevado un control del embarazo, la mayoría de las madres tanto del grupo control (86,5%) como del grupo intervención (81,8%) habían recibido educación maternal durante el embarazo, participando en grupos de preparación al parto y asistiendo a sesiones específicas del embarazo y cuidados del recién nacido. Igualmente, más del 80% de las madres de ambos grupos realizaron seguimiento y control del embarazo, como se observa en los gráficos 4 y 5. En relación al control del embarazo se ha apreciado relación estadísticamente significativa ($p=0,043$).

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Gráfico 4: Distribución de las madres de ambos grupos según si ha recibido educación maternal.

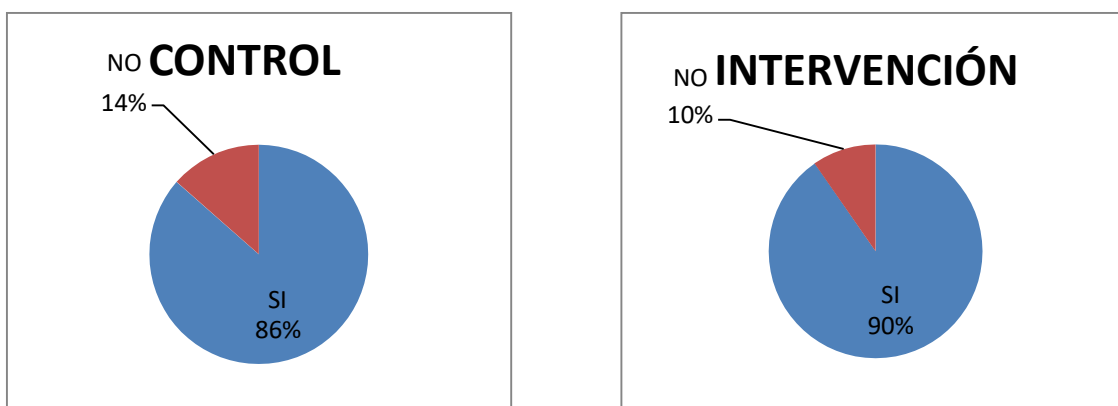
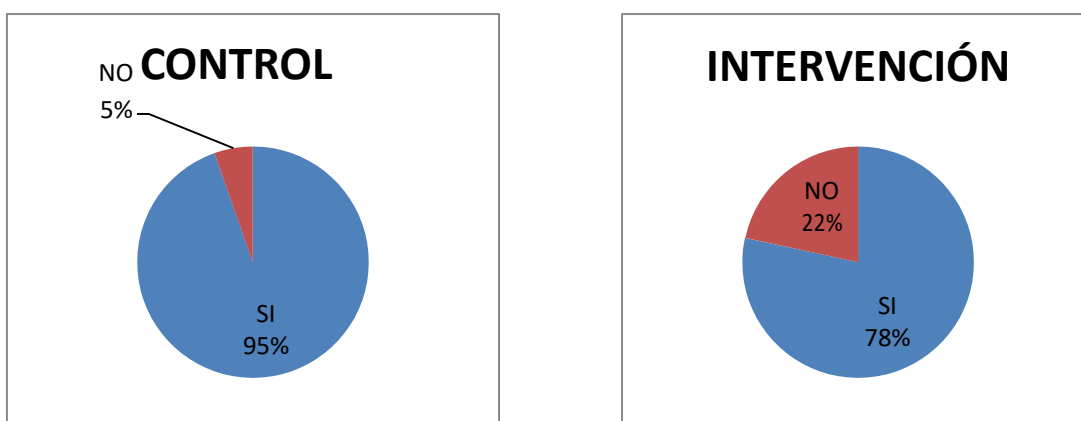


Gráfico 5: Distribución de las madres de ambos grupos según si ha tenido control de embarazo.



*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Otra variable que se tuvo en cuenta fue que, si la unidad familiar contaba con algún tipo de ayuda para el cuidado de los hijos, pero ninguno contaba con ella.

En el apartado de uso de Internet y del correo electrónico, hay que destacar que la gran mayoría de los sujetos llevan más de 10 años utilizando Internet y unido a ello el uso del correo electrónico, tanto en el grupo intervención como en el grupo control.

Por un lado, la media de meses de uso de internet en el grupo control fue de 138,3 meses (DE: 52,2), con una mediana de 136, mínimo (Min) de 24 meses y máximo (Máx) de 228 meses. En la tabla 10 se presenta la distribución en meses de uso de internet de los sujetos. En el grupo intervención, la media de meses de uso de internet fue de 166,2 meses (DE: 57,9), con una mediana de 180, mínimo (Min) de 36 meses y máximo (Máx) de 300 meses. En resumen, hay una diferencia media entre los grupos de 27.8 meses (IC95%, 2,2 a 53,3; p=0,03). Sin embargo, teniendo en cuenta esta diferencia no cabe de esperar que este factor interfiera en los resultados ya que el proceso de aprendizaje de uso de internet esta completado.

Tabla 10: Distribución de los meses de uso de Internet por los padres de ambos grupos.

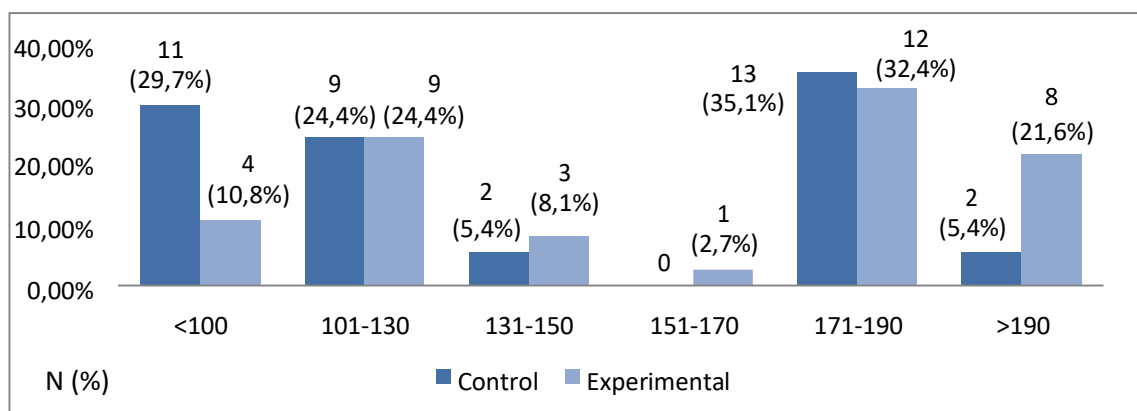
Meses de uso de Internet.	GRUPO CONTROL. N (%).	GRUPO INTERVENCIÓN. N (%).
< 100	7 (18,9)	4 (10,8)
101-130	11 (29,7)	9 (24,4)
131-150	3 (8,2)	2 (5,4)
151-170	0 (0)	1 (2,7)
171-190	13 (35,1)	11 (29,7)
>190	3 (8,2)	10 (27)

Además, casi todos los usuarios de internet tenían a su vez correo electrónico, el cual llevaban utilizando casi el mismo tiempo que Internet. En el gráfico 6 se muestra la distribución en meses de uso de correo electrónico.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Por un lado, en el grupo control, la media en meses de uso de correo electrónico fue de 126,7 (DE= 57,1), con una mediana de 120, mínimo (Min) de 24 meses y máximo (Máx) de 214 meses. Por otro lado, en el grupo intervención telemática la media es de 161,1 (DE: 58,6), con una mediana de 180, mínimo (Mín.) de 12 meses y máximo (Máx) de 300 meses. Decir, que la media de las diferencias fue de 34,4 meses (IC95%, 7,4 a 61,2; p= 0,013). No obstante, pensamos que estas diferencias no afecten a los resultados ya que el uso del correo electrónico, al igual que en Internet, a partir de los 10 años no aporta novedades en el uso, ya que la curva de aprendizaje del mismo ya está resuelta. Ahora bien, si puede implicar que un mayor uso del correo electrónico puede proporcionar al grupo que se le oferta mayor agilidad frente a una herramienta que asegura la longitudinalidad en la atención.

Gráfico 6: Distribución de los meses de Uso de Correo electrónico de los padres de ambos grupos.



5.3. Análisis comparativo de las características sociodemográficas de los hijos de ambos grupos.

El perfil del paciente pediátrico, al inicio del estudio, fue en el grupo control de predominio masculino con un total de 23 (62,2%) y con una edad de entre 21 y 30 meses (32,5%); por otro lado, en el grupo intervención telemática la mayoría eran mujeres (64,8%), con una edad comprendida entre los 11 y 20 meses (40,6%).

Tabla 11: Distribución de las características del paciente pediátrico.

CARACT. PACIENTE PEDIÁTRICO	GRUPO CONTROL. N (%)	GRUPO INTERVENCIÓN. N (%)	P
Sexo:			
-Mujeres	14 (37,8)	24 (64,8)	0,814
-Hombres	23 (62,2)	13 (35,2)	
Edad:			
- < 10 meses	3 (8,1)	1 (2,7)	0,914
- 11-20 meses	15 (40,6)	10 (27)	
- 21-30 meses	10 (27)	12 (32,5)	
- 31-40 meses	3 (8,1)	3 (8,1)	
- 41-50 meses	1 (2,7)	6 (16,2)	
- > 50 meses	5 (13,5)	5 (13,5)	
Antec. personales:			
-NO antecedentes	17 (45,9)	9 (24,3)	0,04
-SI antecedentes:	20 (54,1)	28(75,7)	
Distr. "SI Antec".			
- Bronquiolitis	8 (40)	11 (39,3)	0,425
- Derm. atópica.	2 (10)	1 (3,6)	0,556
- Ictericia	1 (5)	2 (7,1)	0,556
- Alergia	3 (15)	2 (7,1)	0,643
- Otros	6 (30)	12 (42,8)	0,104
Ingresos previos:			
-SI	10 (27)	9 (24,3)	0,588
-NO	27 (73)	28 (75,7)	

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

En cuanto a los antecedentes personales el 45,9% de los hijos del grupo control no tenían antecedentes personales, comparándolo con el grupo intervención con un porcentaje del 24,3%, en este apartado se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,04$). No obstante, no sería de esperar que esto afectara a los resultados, ya que ante una demanda de salud los padres reclamarían atención sanitaria sin tener en cuenta los antecedentes previos de sus hijos. Asimismo, podemos resaltar que dentro de la distribución de aquellos pacientes con antecedentes personales, en ambos grupos se destacaría un 40% de los hijos que habían sufrido episodios de bronquiolitis.

Asimismo, si tenemos en cuenta los ingresos hospitalarios, en el grupo control 27 de los 37 hijos (73%) no habían tenido ningún ingreso; casi la misma proporción que en el grupo intervención donde 29 niños (78,4%) tampoco han estado ingresados nunca.

Unido con el último parámetro se asocia los motivos de los ingresos hospitalarios de los hijos de ambos grupos. Tanto en el grupo intervención telemática (6 niños) como en el grupo control (6 niños), el motivo más frecuente ha sido la bronquiolitis, alrededor del 16% de los casos, se representa en la tabla 12. Al realizar un análisis de los mismos, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Además, no sería de esperar que este parámetro afectará a los resultados, ya que todos los padres consultarían por la salud de sus hijos, hayan tenido o no ingresos anteriormente.

Tabla 12: Distribución de los motivos de ingreso de los hijos de ambos grupos.

Motivo de ingreso	G. CONTROL. N (%).	G. INTERVENCIÓN. N. (%)	P (Chi-cuadrado)
NO ingresos	27 (72,9)	28 (75,7)	0,790
Bronquiolitis	6 (16,2)	6 (16,2)	1
Hidrocele	0	1 (2,7)	0,314
ITU*	2 (5,4)	0	0,152
Ictericia	2 (5,4)	1 (2,7)	0,556
Salmonella	0	1 (2,7)	0,314

*ITU: Infección del tracto urinario.

5.4 Comparación de las consultas del grupo intervención telemática y del grupo control.

Durante el estudio se identificaron un total de 402 consultas, en el grupo de intervención hubo 228 consultas totales (56,7%), de las cuales 113 se hicieron de manera presencial y 115 telemáticamente; frente a 174 consultas en el grupo control (43,3%). Específicamente, en el grupo intervención hubo 6,1 consultas por paciente frente a 4,7 en el grupo control, lo que supone una diferencia de 1,5 consultas. El detalle completo de las consultas y la frecuencia con la que se produjeron en los diferentes grupos puede consultarse en la tabla 13.

Tabla 13: Distribución de las consultas totales de ambos grupos.

CONSULTAS TOTALES	G. CONTROL. N (%)	G. INTERVENCIÓN. N (%)	TOTAL	P
Primera consulta:				
- SI	3 (8,1)	6 (16,2)	9	,818
- NO	34 (91,9)	31 (83,8)	65	
Tipo de consulta	Presenciales: 174	Presenciales: 113	287	-
	Telemáticas: 0	Telemáticas: 115	115	-
Motivo de consulta:				
- Lactancia	10 (5,8)	6 (2,6)	16	,109
- Vacunas	24 (13,9)	29 (12,7)	53	,723
- Peso	35 (20,1)	21 (9,2)	56	,002
- Revisiones	65 (37,3)	16 (6,5)	81	,000
- Diag./Patología	3 (1,7)	13 (5,7)	16	,045
- Alimentación	11 (6,4)	20 (8,8)	31	,377
- EPS	10 (5,8)	33 (14,4)	43	,006
- Lesiones piel	7 (4,0)	29 (13,1)	36	,000
- Trámites administ.	6 (3,5)	50 (21,9)	56	,000
- Otros	3 (1,7)	11 (4,8)	14	,097

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

En el grupo de control hubo 4,7 visitas presenciales por sujeto frente a 3 en el grupo intervención, lo que supone una diferencia de 1,7 visitas (IC: 95% 0,2 a 2,2; p= 0,027). (Tabla 14).

Al analizar el número de consultas presenciales efectuadas en relación a los motivos de consulta, observamos que los temas más frecuentes en los padres del grupo intervención han sido “Educación para la salud” (23%), seguido de lesiones en la piel (16,8%) y del peso (15,9%). Asimismo, se muestran los principales motivos de consulta del grupo control, donde la gran mayoría están englobados en las revisiones pautadas por “el Programa del Niño Sano” (37,3%). Asimismo, los motivos más frecuentes fueron asesoramiento y temores sobre el desarrollo ponderal de los hijos (20,1%) y por otro lado la administración, información, efectos secundarios y dudas sobre la vacunación (13,9%). Esta amplia cobertura de asesoramiento y asistencia en la consulta hacen que los padres del grupo control realizaran más número de consultas presenciales, como afirmaron de manera oral. La frecuencia y la especificación de cada una puede consultarse en la tabla 14.

Tabla 14: Distribución de los motivos de consulta presenciales de ambos grupos.

CONSULTAS PRESENCIALES	TOTALES	G. CONTROL. N (%)	G. INTERVENCIÓN. N (%)	P
Motivo de consulta:				
- Lactancia		10 (5,8)	4 (3,5)	0,396
- Vacunas		24 (13,9)	11 (9,7)	0,305
- Peso		35 (20,1)	18 (15,9)	0,372
- Revisiones		65 (37,3)	10 (8,8)	0,000
- Diagnóstico/Patología		3 (1,7)	5 (4,4)	0,174
- Alimentación		11 (6,4)	16 (14,1)	0,026
- EPS*		10 (5,8)	26 (23)	0,000
- Lesiones piel		7 (4,0)	19 (16,8)	0,000
- Trámites administ.		6 (3,5)	0	0,069
- Otros		3 (81,7)	4 (3,5)	0,330
*EPS: Educación para la salud				
VISITAS TOTALES		174	113	

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Las diferencias en consultas en las revisiones pudieran deberse a la concentración por edad del paciente pediátrico, su relación con las visitas programadas obligatorias del programa y familias con diferentes status sociales. Asimismo, estas visitas podrían sustituirse por consultas virtuales a través del correo electrónico y de esta manera abordar una necesidad real de las familias. Por otro lado, en esas consultas se abordan con frecuencia otros temas que pudieron solucionarse en las consultas telemáticas, o incluso mediante una asociación de consulta presencial y telemática, como fueron el caso de dudas sobre introducción de alimentación complementaria o cuestiones sobre hábitos de sueño. Transformar las consultas presenciales en otro tipo forma parte importante de la motivación de la consulta, y a consecuencia favorece a la organización.

Si nos centramos en las consultas telemáticas, se realizaron 115 correos electrónicos lo que supone una media de 3 correos por usuario, con un rango de 1 a 11 correos y una mediana de 2.

En la tabla 15 se muestran los principales motivos de consulta en los correos electrónicos. De manera general, se puede manifestar que los motivos de consulta más realizados fueron sobre trámites administrativos y sobre educación para la salud, destacando el primero de ellos. Dentro de los trámites administrativos (43,5%), un número elevado de padres hacían uso del correo electrónico para gestión de citas (42,3%), petición de informes para ser recogidos en el centro de salud (23,8%) o información acerca de ayudas o subvenciones sobre todo durante la etapa del lactante (21,7%). Además, dentro de todos los motivos de consulta, cabe reseñar la opción de algunos padres de adjuntar fotografías en el correo electrónico, para detallar procesos dermatológicos de sus hijos y preguntar acerca de la gravedad y prioridad de acudir al centro de salud para su observación clínica y posterior tratamiento por parte del pediatra.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Tabla 15: Principales motivos de consultas telemáticas.

MOTIVO DE CONSULTA	C. TELEMÁTICAS. N (%)	Media: 3,1
Lactancia	2 (1,7)	
Vacunas	18 (15,7)	
Peso	3 (2,6)	
Revisiones	6 (5,2)	
Diagnóstico/Patología	8 (7)	
Alimentación	4 (3,5)	
EPS	7 (6,1)	
Lesiones piel	10 (8,7)	
Trámites administrativos:	50 (43,5)	
	Citas: 42,3%	
	Peticiones informes: 23,8%	
	Ayudas y subvenciones: 21,7%	
	Otros: 12,2%	
Otros	7 (6,1)	
Total	115 consultas	

En relación con los meses donde se realizaron las consultas se puede observar en la tabla 16 que el mes con mayor frecuencia fue abril (16 consultas) con un 14,1%, seguido con valores muy cercanos por febrero (11,3%), marzo (10,4%) y por último enero y septiembre todos con el mismo porcentaje (9,5%). Por otro lado, en el grupo control, los meses donde se recibieron un mayor número de consultas asistenciales fue febrero (13,9%), seguido de junio (11,5%) y marzo con un 11 %. Tras analizar, se han obtenido que no hay diferencia estadísticamente significativa.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Tablas 16: Distribución de los meses de consultas presenciales de ambos grupos.

Grupo control:		Grupo intervención:	
- Enero	11 (6,4%)	- Enero	11 (9,5%)
- Febrero	24 (13,9%)	- Febrero	13 (11,3%)
- Marzo	19 (11,0%)	- Marzo	12 (10,4%)
- Abril	13 (7,5%)	- Abril	16 (14,1%)
- Mayo	18 (10,5%)	- Mayo	10 (8,6%)
- Junio	20 (11,5%)	- Junio	10 (8,6%)
- Julio	13 (7,5%)	- Julio	4 (3,4%)
- Agosto	12 (7%)	- Agosto	6 (5,2%)
- Septiembre	18 (10,5%)	- Septiembre	11 (9,5%)
- Octubre	8 (4,7%)	- Octubre	5 (4,3%)
- Noviembre	9 (5,2%)	- Noviembre	9 (7,7%)
- Diciembre	9 (5,2%)	- Diciembre	6 (5,2%)

De manera general, aunque para nuestro estudio solo se incluyó un progenitor por cada paciente pediátrico, se compararon aquellas visitas presenciales donde el progenitor principal, que actuaba como acompañante, era el padre, la madre o ambos. En los dos grupos el acompañante principal fue la madre. Analizando estos datos, se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la variable acompañante ($p=0,00$). Destacar dentro de estos datos, que el azar, en la elección de los sujetos de cada grupo, ha mostrado la marcada diferencia de que en el grupo intervención vinieran ambos padres en el 44,2% de las consultas presenciales. Aun así, no sería de esperar que esto afecte a los resultados, puesto que la atención será la misma tanto si el acompañante es la madre, el padre o ambos, y sólo responde un progenitor a la encuesta (el que estaba incluido en el estudio). Por otro lado, esto podría sugerir una mayor implicación de los padres en el cuidado de los hijos cuando se emplea la teleasistencia. No obstante, en la mayoría de los casos (70%) era la madre quién contestaba a esos correos, implicándose el padre en el cuidado en el 30% de los casos.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Tabla 17: Distribución de los acompañantes en las consultas presenciales.

		PADRE N (%)	MADRE N (%)	AMBOS N (%)	P
GRUPO CONTROL	PRESENCIAL	30 (10,4)	138 (48)	6 (2,1)	0,00
GRUPO INTERVENCIÓN	PRESENCIAL	12 (4,2)	51 (17,8)	50 (17,5)	

Resolución de las consultas planteadas. Derivación a otro profesional.

De manera general, cómo se puede observar en la tabla 18, más del 90% de las consultas propuestas en ambos grupos, fueron resueltas por el propio profesional de enfermería, tanto en la consulta presencial como en la consulta a través del correo electrónico. Tan solo entorno al 5% de los casos tuvieron que ser remitidos a otro profesional. De este porcentaje, la gran mayoría de ellas fueron derivadas al pediatra y solo un 1,2%, únicamente del grupo control, tuvieron que ser resueltas por el odontólogo.

Tabla 18: Distribución de las consultas resueltas y las consultas derivadas a otro profesional.

PROFESIONAL	G. CONTROL. N. (%)	G. INTERVENCIÓN. N. (%)	
Enfermería (resueltas)	Presencial 157 (90,2)	Total: 222 (97,3)	
		Virtual: 112	Presencial: 110
Pediatra	15 (8,6)	Total: 6 (2,7)	
		Virtual: 3	Presencial: 3
Odontólogo	2 (1,2)	0	

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

De la misma manera, tras el análisis de las diferentes consultas y de las intervenciones y derivaciones realizadas en cada una de ellas, se han identificado las siguientes actividades asistenciales y educativas.

- Formación de los padres en los conocimientos de puericultura destinados a la adquisición de habilidades necesarias para el cuidado del niño.
- Asesoramiento a los padres sobre las técnicas de estimulación infantil precoz.
- Asesoramiento a los padres sobre los hábitos de vida saludables, incluyendo alimentación, ejercicio, prevención de accidentes y conductas responsables.

55. Satisfacción de los padres de ambos grupos con la atención recibida.

Globalmente, los resultados sobre la satisfacción muestran una elevada puntuación sobre el uso del correo electrónico. En la tabla 19, se muestran las puntuaciones obtenidas en las encuestas realizadas en el momento de la inclusión en el estudio, a los 3 meses y a los 6 meses del inicio, donde se puede ver que durante todo el estudio la media de puntuación fue en ambos grupos de más de 84. Este dato demuestra la alta valoración que los sujetos otorgan a la consulta de enfermería pediátrica, tanto los individuos que han utilizado la consulta asistencial habitual, como los sujetos a los cuales se les ha ofrecido el suplemento de la consulta virtual a través de correo electrónico, como un complemento que puede mejorar la atención y seguimiento de los pacientes.

Tabla 19: Puntuaciones obtenidas en las encuestas sobre satisfacción.

SATISFACCIÓN:	GRUPO CONTROL Media (DE)	GRUPO INTERVENCIÓN Media (DE)	P (Comp. medias)	GRUPO CONTROL (Mediana)	GRUPO INTERVENCIÓN (Mediana)
INICIO	84,4 (8,9)	88,9 (6,6)	0,018	86,1	88,5
3 MESES	85,7 (8,6)	90,6 (6,4)	0,006	88,5	91
6 MESES	85,4 (9,4)	91,4 (6,5)	0,002	87,5	91,3

En este sentido en la tabla 19 se muestra el análisis bivariante entre los valores de satisfacción en los tres períodos medidos y el grupo al que pertenecen los sujetos, destacando que se apreció relación estadísticamente significativa en ambos grupos en las tres medidas. En el caso de la satisfacción inicial supuso una diferencia de 4,4 (IC95%, 0,8 a 8,0, $p=0,018$). A los 3 meses se obtuvo una diferencia de 5 (IC95%, 1,4 a 8,5, $p=0,006$) y por último a los 6 meses la satisfacción fue de 6,1 (IC95%, 2,3 a 9,8; $p= 0,002$).

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Nos centramos en comentar los datos obtenidos en la encuesta final donde se manifiesta que la media sobre el grado de satisfacción obtenida en una escala de tipo Likert de 0-100 en el grupo control es de 85,4 (DE= 9,4), una diferencia con el grupo intervención telemática que es de 91,4 (DE= 6,5). Asimismo, cabe destacar que, dentro de los valores dados por los usuarios, en el grupo intervención telemática se ha obtenido como valor máximo un 100 y como valor mínimo un 71,1. Sin embargo, en el grupo control el valor máximo obtenido fue de 98,2 y el valor mínimo ha sido de 61,6. La diferencia de efecto medio fue de 6,1 a favor del grupo intervención telemática, siendo estadísticamente significativa (IC 95% 2,3 a 9,8, $t= 3,2$; $p= 0.002$).

De manera general, se puede decir que los padres del grupo intervención telemática están más satisfechos con la comunicación. Teniendo en cuenta la magnitud de las diferencias, y la desviación estándar de ambos grupos su “D de Cohen” sería de 0,75 lo que se consideraría un efecto moderado.

Para ampliar el análisis, y dado que los grupos ya tenían una satisfacción diferente al inicio se realizó otro análisis, en el que las variables fueron las diferencias iniciales y al tercer mes de permanecer en el estudio y por otro lado las diferencias entre la satisfacción inicial y a los seis meses, datos que se pueden observar en la tabla 20. Analizando estos datos obtuvimos diferencias casi estadísticamente significativas entre la satisfacción inicial y a los seis meses, con una diferencia de medias de -1,8. (IC95%, - 3,6 a 0,04; $p=0,05$). Analizando de nuevo la d de Cohen, se obtuvieron resultados con una moderada magnitud (0.4).

Tabla 20: Diferencias entre la satisfacción inicial y a los 6 meses de ambos grupos.

SATISFACCIÓN	GRUPO CONTROL (Media)	GRUPO INTERVENCIÓN (Media)	Desviación estándar	P	Diferencia de medias
DIF.INICIO 3 MESES	-1,2	-1,8	3,2	0,47	-0,5
DIF.INICIO 6 MESES	-0,7	-2,5	4	0,05	-1,8

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Además, para asegurarnos que el efecto no era debido a la confusión de la satisfacción inicial, realizamos un modelo de regresión múltiple, introduciendo como variables independientes el grupo al que pertenecían los sujetos y la satisfacción inicial. La significación de F es menor de 0,005 por tanto, el modelo es bueno para explicar la variable dependiente y es estadísticamente significativo (Tabla 21).

La R-cuadrado del modelo es 0,8, lo cual indica que explica el 78,9% de la variabilidad de la variable dependiente. Es decir, prácticamente el 80% de la variabilidad de la satisfacción a los 6 meses es explicada por las dos variables independientes incluidas en el modelo, que son el grupo y la satisfacción inicial. En este sentido, el coeficiente de la variable grupo (-2,1) sigue siendo significativo, lo que indica que el efecto no está sesgado por las diferencias de la satisfacción inicial.

Tabla 21: Análisis de regresión múltiple entre los grupos y la satisfacción inicial.

Modelo	B	Error Típ.	Sig.	IC para B al 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Constante	13,8	5,8	,02	2,3	25,4
Satisfacción inicial	,9	,1	,00	,8	1,0
Grupo	-2,1	,9	,03	-4,0	-,2

Por otro lado, considerando las diferencias estadísticamente significativas halladas entre el grupo intervención telemática y el grupo control en distintas variables se decidió realizar un análisis suplementario ajustado con esas variables para confirmar que el efecto no está influenciado por esos desequilibrios iniciales (Tabla 22).

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Tabla 22: Análisis de regresión múltiple suplementario con las variables estadísticamente significativas.

Modelo	B	Error Típ.	Sig.	IC para B al 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Constante	13,6	6,1	0,03	1,4	25,8
Satisfacción inicial	,9	,1	,00	,8	1,0
Sexo acompañante	-,6	1,3	,66	-3,2	2,0
Estudios primarios	1,3	2,1	,54	-2,9	5,4
Estudios secundarios	,1	1,1	,92	-2,1	2,3
Control del embarazo	,3	1,4	,84	-2,6	3,2
Grupo	-2,4	1,1	,03	-4,5	-,3

*Variable dependiente: Satisfacción final.

Nos aseguramos mediante un modelo de regresión múltiple, introduciendo como variables independientes el grupo al que pertenecían los sujetos, la satisfacción inicial y las variables que eran diferentes de una manera estadísticamente significativa al inicio del estudio (sexo acompañante, control del embarazo y estudios de los sujetos). La significación de F es menor de 0,005 por tanto, el modelo es bueno para explicar la variable dependiente (satisfacción final), es estadísticamente significativo.

Por otro lado, la R-cuadrado es 0,8, nos indica que el modelo explica el 79,1% de la variabilidad de la variable dependiente. Como en el anterior modelo cerca del 80% de la variabilidad de la satisfacción final a los 6 meses es explicada por las variables independientes (causas) seleccionadas. En este sentido, el coeficiente de la variable grupo (-2,4) sigue siendo significativo, lo que indica que el efecto no está sesgado por los desequilibrios iniciales entre los grupos.

5.6.- Impacto económico de la teleasistencia mediante el correo electrónico.

Hemos realizado una modelización económica utilizando los datos del coste de una consulta de enfermería y el coste de la hora de trabajo. Se han realizado los modelos extremos, uno asumiendo el coste de una consulta telemática es similar al de una consulta presencial de enfermería. Y otro utilizando el coste/hora y asumiendo una duración de 15 minutos para la respuesta del correo electrónico.

De manera general, se ha realizado un análisis sobre las diferencias económicas que hay entre las visitas presenciales y las visitas telemáticas. Basándonos en que el precio de una visita asistencial de enfermería, según datos del Diario Oficial de Castilla La Mancha de 2014, sería de 28,38 euros, especificando que la hora de trabajo enfermería tiene un coste de 14,6 euros se obtienen los siguientes resultados.

Teniendo en cuenta el coste de una visita asistencial de enfermería y que el número de consultas presenciales en el grupo control fue de 174 consultas, tendríamos que el valor máximo del gasto total de estas consultas de enfermería presenciales sería de 4.938,12 euros. Por otro lado, en el grupo intervención telemática, el número de consultas presenciales fue de 113 consultas, teniendo un gasto para el sistema sanitario de 3206,94 euros. No obstante, a este coste habría que sumarle el derivado de la resolución de las consultas telemáticas.

Para asignar un precio a estas consultas podemos utilizar dos estrategias extremas. La primera sería asignarle el mismo precio que una presencial. De esta manera considerando que, en este grupo, el número de consultas telemáticas fue de 115, utilizando como referencia el valor por consulta de enfermería de 28,38 euros, tendríamos que el gasto total de estas consultas sería de 3263,7 euros. Este valor sumado a las consultas presenciales superaría el coste del grupo control.

Por otro lado, considerando que para cada consulta telemática utilizaremos una media de 15 minutos para responder cada correo electrónico, y que la hora de enfermería en atención primaria tiene un gasto de 14,6 euros, tendríamos que cada consulta de enfermería por vía telemática costaría 3,65 euros. Por lo tanto, las consultas telemáticas realizadas en el grupo intervención son 115, a un precio por consulta de 3,65 euros, tendremos un total de 419.75 euros. Este coste sumado al de las consultas presenciales quedaría ligeramente por debajo del coste del grupo de control, pero obviamente deja muchos aspectos sin cuantificar, por lo que no parece que pueda

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

tener un impacto económico positivo relevante para el sistema. Es decir, el empleo de consultas telemáticas no supone un ahorro en términos monetarios.

Para concluir, en base a los resultados de nuestro estudio, el uso de una consulta asistencial y la alternativa de usar una consulta asistencial y telemática muestra una mejor calidad y una mejor satisfacción por parte del usuario, pero, prácticamente no originaría ningún impacto económico en términos de ahorro.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

DISCUSIÓN

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) se han desarrollado de una manera vertiginosa durante la última época, ocupando prácticamente todos los campos de la enfermería: docencia, investigación, promoción de cuidados, prevención de enfermedades y sobretodo educación para la salud y gestiones administrativas. De manera general, la parte relacionada con la gestión del cuidado está evolucionando hacia un modelo con tendencia a dar una atención de calidad al usuario, realizando un eficiente uso de los cuidados, a través de la humanización y atendiendo bajo unos estándares de salud. Para ello, el acto de cuidar necesita conocimientos científico-tecnológicos dónde el uso de las nuevas tecnologías optimiza dichos procesos, bajo unos estándares de confidencialidad y asegurando ser una herramienta en la entrega de cuidados de salud.

Esta nueva realidad asistencial plantea la necesidad de buscar estrategias que faciliten una mayor capacidad de gestión y de organización del tiempo, a la vez que mejoren el control de la presión asistencial en los centros de salud y en el propio sistema sanitario. Dentro de esta coyuntura asistencial, los profesionales de enfermería no pueden mantenerse alejados de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como medio de provisión de servicios sanitarios a la población, especialmente a los núcleos poblacionales de escasos recursos asistenciales y ubicados en áreas rurales alejadas de las principales vías de comunicación.

Asimismo, a la profesión de enfermería se le reconocen actividades de recolección, manejo, procesamiento, transformación y comunicación de la información con el paciente, familia o comunidad, de ahí la importancia del conocimiento y uso de las TICs para la profesión, ya que pueden ayudar a mejorar estos procesos. En este sentido, un estudio realizado en Barcelona, permitía a mujeres consultar sobre dudas en la lactancia o en los cambios producidos en el cuerpo de la mujer los días posteriores al parto. Ese estudio ofrecía la teleenfermería a través de videoconferencia, método con el que un gran porcentaje de las mujeres mostraron su satisfacción al ser una comunicación directa que se establecía con el profesional y la accesibilidad de esta manera de telecuidado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012).

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el Ambito pediátrico.

Para ello, se ha planteado esta investigación, ya que se considera vital conocer y cambiar algunos aspectos de la metodología sanitaria, sobretodo en la parte pediátrica. Debido a la limitación de recopilación de datos en un solo centro de salud y la variabilidad de edad en la consulta pediátrica se justifican los desequilibrios iniciales del estudio y las diferencias de las características de los sujetos. Como se muestra, uno de los principales resultados obtenidos ha sido la fácil incorporación que tiene una intervención telemática mediante correo electrónico. Durante el estudio consultaron virtualmente a través del correo electrónico el 100% de padres del grupo intervención. De manera general, la mayoría de las consultas telemáticas han sido por temas administrativos como son generación de citas o realización de informes. Aunque este punto podría ser resuelto por otros profesionales, al final reduce visitas a los centros de salud y facilita los trámites a los padres, luego reflejado en la satisfacción y confianza con el equipo. También destaca el uso del correo electrónico para resolver dudas sobre aspectos relacionados con la crianza, como la alimentación, el sueño o las vacunas. Todos ellos realizaron al menos una consulta durante el período de recogida de datos, información llamativa y trascendental a la hora de analizar la intervención. Asimismo, cuando se preguntó a los padres sobre ello, respondieron que era la manera más rápida, cómoda y útil de resolver sus dudas y trámites. Con lo que es de esperar una elevada satisfacción en el uso de este método de consulta. En líneas generales, relacionándolo con este punto, cabría decir que un porcentaje importante de los sujetos fueron excluidos por no tener acceso a Internet o por falta de conocimientos sobre el mismo. En este sentido sería razonable que se lleven a cabo estrategias para minimizar la brecha digital y así aumentar el acceso, yuso de las tecnologías tanto a nivel socioeconómico, geográfico y cultural.

Unido al resultado anterior, mencionamos que la satisfacción global de los padres con la atención recibida por la enfermera pediátrica fue muy elevada en todas las variables estudiadas. De manera general, citar que se ha medido el grado de satisfacción en tres diferentes momentos del estudio, al inicio, a los tres meses y a los seis meses de la inclusión de cada uno de los participantes. Por lo que, la perspectiva general ha sido que la media final fue de 85,4 y 91,4 respectivamente, siendo el mayor valor perteneciente al grupo intervención. Las diferencias entre ambos grupos fueron de 6,06 siendo estadísticamente significativas (IC95%, 2,3 a 9,8; $p=0,002$), lo que explicaría que la satisfacción a través de la consulta telemática tiene mayores beneficios en la opinión del usuario sanitario. Para ampliar este dato y concluir este resultado demostrando que el efecto no está influenciado por desequilibrios iniciales se realizó un análisis suplementario a través de varios modelos de regresión múltiple, dónde una vez más justificaron el aumento de satisfacción en nuestro estudio. Además, hay que resaltar que estas diferencias

suponen que la intervención tiene un efecto moderado/importante, ya que en el modelo bivariante la D de Cohen es de 0,75 y en el multivariante el modelo explica también una gran parte de la variabilidad. Sin embargo, sería importante valorar como posible línea futura de investigación la utilización de escalas nuevas más específicas, como por ejemplo la escala TISQ, sobre satisfacción en teleenfermería (Mattison, 2019).

En la comparación del número de motivos de consulta entre los padres de ambos grupos se encontraron que los padres del grupo intervención consultaron una media mayor sobre trámites administrativos (generación de citas, informes, justificantes, ...) y vacunas que los de grupo control. Estos resultados sugieren fuertemente que hay algunos temas más accesibles y tangibles para tratar de manera telemática, donde los padres se sienten más cómodos, asimismo cabría la opción de incorporar la posibilidad de solicitar información administrativa por correo electrónico y de esta manera facilitar los trámites a los padres. Por otro lado, encontramos también que el progenitor principal que acudía a la consulta en ambos grupos fuera la madre y que los padres del grupo intervención consultaran más por primera vez que los del grupo control. De esta manera, se aumentaría la implicación de la figura paterna en el cuidado de sus hijos y por consiguiente con este sistema del correo electrónico se compartiría más el cuidado de los niños.

Al analizar la influencia existente entre los motivos de consulta y el grupo al que pertenecían, se observó que existía relación entre el número de consultas sobre revisiones y el grupo al que pertenecían, observándose un mayor número en el grupo control. Unida a esta cuestión, podría plantearse el correo electrónico como una alternativa para permitir el abordaje de algunas consultas sobre revisiones que no requieran la presencia física del paciente pediátrico. Además, las consultas telemáticas, permitirían ampliar el foco de otro tipo de visitas, disminuyendo la necesidad de atención presencial.

Sobre la metodología del estudio, el diseño de tipo ensayo clínico ha permitido aumentar el conocimiento sobre la eficacia del correo electrónico, en un período de tiempo limitado y con unos recursos mínimos. Además, en esta investigación la asignación de los sujetos a las dos estrategias y a la medida de la satisfacción fue ciega para el evaluador, lo que permitió obtener una muestra homogénea tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Por lo que, en líneas generales, los resultados obtenidos en nuestro análisis están en concordancia con las escasas publicaciones existentes al respecto (Centro de investigaciones sociológicas, 2009).

Dentro del estudio se captaron 184 padres, de los cuales se excluyeron 110 sujetos por no cumplir los criterios de inclusión, entre los motivos para no participar que encontramos figuran: no tener acceso a Internet, no aceptar participar en el estudio, no comprender el idioma de español o tener dificultades con el uso de las tecnologías, lo cual limitaría la generalidad de las discusiones a los padres que usan el correo electrónico. Unido a este punto, cabe destacar que, aunque el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) ha promovido un cambio profundo en todos los ámbitos de las sociedades actuales y ofrece nuevas estructuras de oportunidad, también produce desigualdades sociales, lo que conlleva nuevos desafíos para favorecer la incorporación de la población al futuro de la asistencia sanitaria. De los usuarios que si cumplían criterios de selección se aleatorizaron un total de 74 padres, dónde no se produjo ninguna pérdida. Cabe destacar que esta proporción fue superior a la estimada en el cálculo del tamaño de la muestra.

Además, como punto positivo, la enfermera del centro salud de manera ciega para la investigadora, realizó el trabajo de campo asegurando el rigor en la selección de los sujetos, la realización de la intervención y el seguimiento de los mismos, siendo la enfermera investigadora la que analizó los datos y redactó los resultados una vez terminada la recogida.

Las características de los individuos que accedieron al estudio son parecidas a las de un estudio realizado en Madrid a pacientes de consultas externas, en el cual recibían la intervención telefónica para su asistencia. En ese estudio se valoraba la satisfacción final que tenían los pacientes tras recibir la intervención de teleenfermería a través del teléfono. Al igual que en nuestro estudio, el grado de satisfacción de estos individuos era mayor que la satisfacción recibida a través de la asistencia habitual (Fernández Lobato, 2013).

A su vez, hay que resaltar que esta intervención a pesar de no contar con un grupo de sujetos muy grande, muestra unas variables sociodemográficas similares a las encontradas, en cuanto a género y vínculo con el paciente pediátrico, en la mayor parte de la bibliografía (Tsai H, 2010). Sobre los padres del estudio, lo que hay que destacar es que se han contado cada caso como unidad familiar, teniendo en cuenta solo un participante por individuo pediátrico. En todo caso, la potencia del estudio es buena y, de hecho, se han encontrado resultados estadísticamente significativos para las variables principales.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

El modelo del sujeto de estudio de manera global es similar a los encontrados en estudios previos realizados en los últimos años (Lindberg B, 2009), donde principalmente el perfil sociodemográfico de los padres de la muestra estudiada fue el de una madre de 32 años de edad, con un nivel de estudios universitario, con trabajo remunerado, usuaria de Internet y del correo electrónico desde hace más de 10 años, que vivía en un entorno familiar y que no tenían ninguna persona que le ayudara en casa. Cabe destacar que el sexo del progenitor no es relevante, ya que este dato no afecta al número de consultas realizadas, ya que, tratándose de una cuestión de salud de su hijo, ambos, tanto el padre como la madre, lo realizarían con la misma frecuencia.

Más específicamente, parece relevante destacar que la mayoría de los padres de la muestra tenían un nivel de estudios universitario y este nivel corresponde al de los usuarios de Internet en España en el año 2016, según datos del Instituto Nacional de Estadística, con un 96,6% de los individuos. (INE, 2017). En todo caso no sería de esperar que influenciase en los resultados, ya que, en la actualidad, desde cualquier ciclo formativo y nivel de estudios se accede al uso de internet y de correo electrónico.

Además, en relación con tener un trabajo remunerado, el porcentaje de padres trabajadores de la muestra estudiada fue del 87,8% de los casos, correspondiendo con los datos de los usuarios de Internet en España. (INE, 2017). Por último, el porcentaje de padres del estudio que acudieron a control del embarazo y a educación maternal fue casi del 100%, de ahí la estrecha relación con los servicios sanitarios y la accesibilidad para entrar en este tipo de estudios debido a su compromiso con los cuidados de sus hijos.

Si comentamos las características del usuario de Internet de nuestro estudio son similares a la descripción realizada por el Instituto Nacional de Estadística de 2017, donde el 96% de los hombres y mujeres entre 25-44 años de edad son usuarios de Internet. A raíz de esta variable, se han encontrado dependencia entre ella y el grupo, lo que podría afectar a la respuesta ante la oferta de la consulta telemática.

Asimismo, el uso del correo electrónico en España en el año 2017 en la población entre 16 y 74 años era en ambos sexos del 80%, datos que concuerdan con nuestro estudio, donde más del 90% son usuarios. Los resultados encontrados en nuestro estudio muestran que un mayor tiempo de uso del correo electrónico implica mayor agilidad y accesibilidad frente a la teleenfermería.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Si hablamos del perfil del paciente pediátrico es necesario destacar que fue diferente entre ambos grupos. En el grupo intervención se trató de un paciente femenino entre 11 y 20 meses de edad; sin embargo, en el grupo control tratamos mayoritariamente con un paciente masculino con un rango de edad entre 21 y 30 meses.

De la misma manera mencionar que, en el grupo experimental el 75,67% de la muestra han tenido antecedentes personales de enfermedad y de ellos el 39,28% de los pacientes habían tenido episodios de bronquiolitis. Esta variable de antecedentes personales, en nuestro estudio obtuvo diferencias estadísticamente significativas, lo que podría relacionar el tipo de consulta que realizan los progenitores relacionado con si han sufrido de alguna patología o sufren actualmente. Este dato coincide con el proyecto teórico TeleFamilies, implantado en hospitales pediátricos de Minnessota, dónde se evaluó un estudio en pacientes pediátricos crónicos o con algún antecedente, el cual determinó que gracias a la intervención en teleenfermería se disminuyeron las visitas y sugirió que la enfermería debe formarse el teleenfermería para poder mejorar esta novedosa herramienta (Monteagudo et al., 2007).

Centrándonos en las consultas totales, de manera global los padres del grupo intervención consultaron más que los del grupo control, aunque el grupo intervención realizó un menor número de consultas presenciales, presentimos que, por la opción de poder hacerlas a través del correo electrónico, de forma inmediata y sin desplazamiento. Estos resultados coinciden con el de otros estudios como la tesis realizada por Sánchez Losada que afirma que la teleconsulta disminuye el uso de servicios médicos sin influir de forma negativa en la seguridad del paciente, dónde no crea riesgos legales para las instituciones y el profesional, teniendo en cuenta que el profesional que atiende la teleconsulta debe tener conocimientos de los límites de esta forma asistencial y que debe ser gestionada de forma reglada (Sedano et al., 2010).

Más detalladamente el número de consultas totales de ambos grupos fueron de 402, divididas en 174 en el grupo control y 228 en el grupo intervención, de las cuales 115 visitas fueron telemáticas. Cotejando este dato sobre las características de las visitas con publicaciones anteriores nos encontramos que el resultado es parecido con el obtenido en el estudio de lactancia materna realizado en Taiwán a mujeres que tenían acceso a una línea telefónica para consultar dudas sobre lactancia (Tsai H, 2010). A su vez, cabe decir que todas las consultas que se produjeron a través del correo electrónico cumplieron las normas de seguridad y encriptación de la información que garantizaba el estudio, no se produjo ni una sola intromisión ni interferencia.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

Si nos limitamos a las visitas presenciales nos quedarían 113 consultas (media: 3,05) en el grupo intervención y 174 consultas respectivamente (media: 4,70) en el grupo control; por lo que, centrándonos ahora en esta clasificación, y aunque no hubo una marcada diferencia entre ambos, los padres del grupo intervención realizaron menos consultas al centro de salud que los padres del grupo control. Resaltamos entonces, que los padres del grupo intervención realizan menos consultas presenciales, acudiendo por lo tanto menos veces al centro de salud, siendo más cómodo para ellos. Estas diferencias encontradas relacionadas con un menor número de consultas presenciales por parte del grupo intervención concuerdan con las de un estudio en el Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, sobre la utilización de las tecnologías en pacientes con diabetes gestacional (Pérez-Ferre et al., 2010).

Siguiendo con nuestros resultados, una de las principales variables que se han estudiado fueron los motivos de consulta de los padres. Se observó que de manera general hubo una gran variabilidad de temas, aunque destacando en ambos tipos de consultas el desarrollo ponderal, la alimentación y las vacunas; esto suele estar motivado por el desconocimiento y la falta de seguridad de los padres durante la crianza. Más específicamente, en las consultas telemáticas la mayoría de las actividades estaban incluidas dentro de trámites administrativos, dónde englobamos la gestión de incidencias administrativas, actividades de asesoramiento, consejo e información sobre procesos patológicos, esto pone de manifiesto la necesidad de dar formación a los padres con la finalidad de resolver dudas y transmitir conocimientos sobre la etapa pediátrica, además se debería transmitir que algunas de las actividades son función de los administrativos y no tanto de la enfermería, por lo que deberían ir directamente a administración del centro para resolver esas consultas. Del análisis realizado hemos de extraer que la utilización de este tipo de servicios es alta y cada vez va siendo más demandada, situación que ha mejorado la atención recibida, como demuestra el estudio realizado al servicio “Salud Responde”, creado en Andalucía, dónde las enfermeras proporcionan consejos sanitarios, seguimiento de altas hospitalarias durante los fines de semana de pacientes de riesgo, continuidad a los cuidados paliativos, coordinación de apoyo telefónico entre la enfermera comunitaria y la de enlace, etc (Unicef, 2012). Por otro lado, en las consultas presenciales fueron, en su mayoría, actividades de cuidados y observación clínica, relacionadas en un número elevado con las visitas pautadas por el programa del recién nacido sano (revisiones). Esta diferencia esté causada posiblemente por la necesidad de realizarse este tipo de intervenciones de manera presencial, y no existir ninguna posibilidad de hacerse a través de correo electrónico. Aun así, cabe destacar que algunas de esas consultas del programa del niño sano se podrían ahorrar gracias a la posibilidad de poder

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

completarlas a través del correo electrónico, como, por ejemplo, parámetros relacionados con preguntas sobre alimentación o desarrollo psicomotriz. De esta manera, algunas consultas del niño sano podrían categorizarse en otros apartados en el grupo de intervención.

Asimismo, el porcentaje de derivación fue mayor en el grupo control con un 9,8%, a diferencia del grupo experimental que presentó un 2,7%. El principal profesional de salud de derivación en ambos grupos fue el pediatra 11,3%, seguido del odontólogo 1,2%. Esto fue así, porque los problemas de salud requerían en su mayoría exploración y tratamiento por parte de un facultativo médico.

Como aspecto importante explicar que la mayoría de los sujetos de ambos grupos que realizaban las consultas eran las madres, acompañadas algunas veces, en el caso de las consultas presenciales, por el padre. Aspecto muy relevante e importante en el proceso de crianza y acompañamiento de los hijos. Además, destacar que los padres de manera solitaria se han reclutado más en el grupo experimental. La participación de los padres en los cuidados de los hijos durante todo su desarrollo debe ser algo vital y obligatorio, y deberían involucrarse en ello tanto como las madres, formar parte de ese proceso va a tener sus resultados en la crianza de los hijos. Cabe destacar, además, que los padres del grupo intervención acuden menos veces a las consultas presenciales por la posibilidad de realizarlas virtualmente, de ahí que al disminuir el número de consultas es más accesible y fácil que acudan los dos, padre y madre juntos. Basándonos en los resultados, destacamos, que este método virtual ayudaría a compartir el cuidado de los niños entre ambos padres, por la implicación paterna que existe con el uso del correo electrónico como consulta y proporciona un recurso útil para la mejora de la accesibilidad a ambos progenitores.

El último punto que se ha analizado en el estudio fue la medición del impacto económico relevante de estas visitas sobre el sistema de salud. Se ha visto que no hay impacto económico introduciendo las visitas telemáticas en la cartera de servicios. Aunque como limitación, dicho resultado debería ser estudiado más ampliamente tomando de referencia unos datos más concretos sobre la consulta telemática, ya que los que disponemos actualmente no son lo suficientemente específicos y no tienen en cuenta todos los gastos que tiene este tipo de consulta.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

Las tecnologías de la información y las comunicaciones, agrupan elementos y técnicas usadas en el tratamiento y transmisión de informaciones, principalmente de informática, internet y telecomunicaciones. Son utensilios que procesan, sintetizan, recuperan y presentan información en las más variadas formas; es decir, un conjunto de herramientas, soportes y canales para el tratamiento y acceso a la información con los que se da forma, registran, almacenan y difunden contenidos digitalizados; son medios y materiales de construcción que facilitan el aprendizaje y el desarrollo de habilidades.

Algunos autores como Vialart Vidal afirman que el foco del cuidado es la persona, la familia y la comunidad, y esto muchas veces se olvida al poner en el centro la tecnología. Más importante que aprender tecnología es aprender con la tecnología a utilizar la información y a trabajar con el nuevo entorno, teniendo en cuenta que a la profesión de enfermería, se le reconocen actividades de recolección, manejo, procesamiento y comunicación de la información con el paciente, familia y comunidad, de ahí deriva la importancia del conocimiento y uso de las tecnologías para la profesión, ya que pueden ayudar a mejorar los procesos docentes y favorecer las competencias de estos profesionales en la gestión del cuidado (Vialart, 2013).

De manera general, tal y como reflejan los resultados del presente estudio, trabajar y atender a través del correo electrónico resulta una gran ocasión para estudiar la eficacia de una intervención por teleconsulta en la consulta de pediatría sobre la satisfacción del usuario, ya que tan solo se han hallado dos trabajos publicados sobre esta intervención en el ámbito pediátrico. Sin embargo, se han encontrado numerosos trabajos relacionados con el dominio obstétrico-ginecológico y utilizando la videoconferencia como intervención telemática o estudios que utilizaban la teleenfermería a través del teléfono o telemonitorización en pacientes crónicos adultos (Seguranyes Guillot, 2003).

Se puede concluir pues, que la utilización de la teleenfermería, en sus diversas variedades, unida a la atención habitual, puede mejorar el acceso a la atención sanitaria, el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la solicitud de ayuda durante la enfermedad y la adaptación a vivir con ella; puede beneficiar el autocuidado, el grado de satisfacción y la calidad de vida (INE 2011). Esta intervención basada en el trabajo enfermero es eficaz facilitando la adherencia al tratamiento, evitando abandonos y mostrando resultados positivos a los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- La posibilidad de realizar consultas a través de correo electrónico en atención primaria tiene una alta utilización entre los padres de la consulta de enfermería pediátrica a quienes se oferta ese servicio.
- La inclusión del correo electrónico como método de consulta tiene un efecto relevante y significativo en la satisfacción global de los usuarios con las consultas de enfermería.
- El correo electrónico debe ser una herramienta para toda la población y debemos evitar la brecha digital que dificulte la incorporación de los pacientes al futuro de la asistencia sanitaria.
- Los motivos de consulta más frecuentes son aquellos que se relacionan con trámites administrativos, desarrollo ponderal y dudas sobre alimentación y vacunas.
- La implantación de la consulta por correo electrónico asegura la longitudinalidad en la atención y la accesibilidad de ambos progenitores en el cuidado de sus hijos.
- La práctica totalidad de las consultas (97,4%) realizadas por correo electrónico son resueltas por la propia enfermera de manera inmediata.
- Una mejora importante en el campo de la investigación de las TIC en pediatría pasaría por la adaptación y mejora del correo electrónico como instrumento de consulta.
- El método que se aporta en este trabajo podrá ser utilizado como instrumento de consulta, dado que actualmente no disponemos de ninguno tan accesible y directo para esta finalidad.
- Con este sistema se garantiza cercanía, satisfacción del usuario y eficacia absoluta de los profesionales, de cara a dar con equidad los cuidados de enfermería pediátrica desde atención primaria.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

BIBLIOGRAFÍA:

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- Alberola López S, del Real Llorente M, Ortega García R, Maestro González B, Andrés de Llano J. La consulta telefónica: Utilización y posibilidades en atención primaria. Bol Pediatr. 1997; 37:221-5.
- Allemann Iseli M, Kunz R, Blozik E. Instruments to assess patient satisfaction after teleconsultation and triage: a systematic review. Patient Prefer Adherence. 2014; 8: 893-907.
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. Navegantes en la red. Madrid: AIMC; 2011 [citado 15 enero 2015]; (13). Disponible en: <http://www.aimc.es/-Navegantes-en-la-Red-.html>.
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. Audiencia de Internet. EGM. Madrid: AIMC; 2011 [citado 12 enero 2015]; (2). Disponible en: <http://www.aimc.es/-Navegantes-en-la-Red-.html>
- Aviram, R. ¿Conseguirá la educación domesticar a las TIC? Ponencia presentada en el II Congreso Europeo de Tecnología de la Información, Barcelona. Junio 2002 [citado 22 abril 2016]. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/bibliovir/pdf/pon1.pdf>
- Ayala H, Ramos De Cicala, L. Incorporación de los recursos informáticos en la gestión hospitalaria de enfermería. Congreso Internacional Online TIC vida. 2005 [citado 15 enero 2015]. Disponible en: www.documentalistas.com
- Barbera E, Mauvi T, Onrubia J. Como valorar la calidad de la enseñanza basada en TIC. Pautas e instrumentos de análisis. Barcelona: Graó; 2008.
- Bashshur R, Shannon G. History of telemedicine. New York: Mary Ann Liebert; 2009.
- Bayó Llibre J, Roca Saumell C, Naberan Toña K, Dalfó Baqué A. Automedida de la presión arterial domiciliar y telemedicina: ¿Qué nos depara el futuro? Aten.Primaria. 2005;35(1):43-50.
- Becoña, E; Vázquez, F.L. Comparación de la eficacia de un programa de autoayuda para dejar de fumar distribuido por correo en un manual en un único envío o semanalmente en folletos. 2001;22(4):41-50.
- Bensink M, Armfield N, Irving H, Hallahan A, Theodoros D, Russell T, et al. A pilot study of videotelephone-based support for newly diagnosed pediatric oncology patients and their families. J Telemed Telecare. 2008;14(6):315-21.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

- Branda, L.A. (2001), Innovaciones educativas en enfermería. Revista Rol de Enfermería.24(4):309-312.
- Bunn F, Byrne G, Kendall S: consulta telefónica y clasificación: efectos sobre el uso de la atención médica y la satisfacción del paciente. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2004 [citado 25 marzo 2015]; 3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495083>
- Caballero Prieto P, Prada Dussan M, Vera Rodríguez E, Ramírez Calvo J.E. Arfo editores. Políticas y prácticas pedagógicas: Las competencias en TIC en educación. Bogotá; 2007.
- Cabero Almenara J. Investigación en torno a la relación formación y nuevas tecnologías. Comunicación presentada al II Congreso ONLINE del Observatorio para la CiberSociedad. 2004 [citado 25 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.cibersociedad.net/congre2004>
- Cabero Almenara J. Las TICs y las Universidades: retos, posibilidades y preocupaciones, Revista de la Educación Superior. 2005 [citado 13 enero 2015]; 34(3):77-100. Disponible en:<http://tecnologiaedu.us.es/bibliovir/pdf/Las%20TICs%20y%20las%20Universidades.pdf>
- Cabero Almenara J. Las necesidades de las TIC en el ámbito educativo: oportunidad, riesgo y necesidades. Revista electrónica Tecnología y Comunicación Educativas. 2007 [citado 6 mayo 2015]; 45. Disponible en: <http://investigacion.ilce.edu.mx/stx.asp?id=2281>
- Cabero J, Gisbert M. Formación en Internet. Guía para el diseño de materiales didácticos. Sevilla: MAD. 2005.
- Campos C, Márquez F, Lucchini C. El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2002 [citado 2015 Ene 14]; 8(2):73-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200008&lng=es.
- Capgemini Consulting. Estudio Comparativo 2011 de los Servicios Públicos online en las Comunidades Autónomas. Resultados 5ª medición. Madrid: Fundación Orange; 2011 [citado 17 enero 2015]. Disponible en: http://www.proyectosfundacionorange.es/docs/Estudio_Comparativo_2012_Servicios_online.pdf.
- Carrión A. Enfermería y 2.0. Una cuestión de actitud. Rev ENE Enferm. 2011 [citado 14 enero 2015];5(2). Disponible en: <http://enfermeros.org/click/click.php?id=164>.
- Castro JA, Galindo MP. Estadística multivariante. Análisis de correlaciones. Amarú, Salamanca. 2000.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Marzo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009. Marzo; Informe No.: 2.797.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

- Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Septiembre. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009. Septiembre; Informe No.: 2.812.
- Ciccia AH, Whitford B, Krumm M, McNeal K. Improving the access of young urban children to speech, language and hearing screening via telehealth. *J Telemed Telecare*. 2011;17(5):240-4.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación sobre las redes y la Internet del futuro. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2008.
- Comisión Europea. Europa 2020. Una Estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Bruselas: 3 Mar 2010 [citado 14 enero 2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf.
- Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008(3).
- Declaración de Helsinki, principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos [sede Web]. Ginebra: Asociación Médica Mundial. 2008 [citado 10 enero 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>.
- Dima C. Telemedicina: normas transparentes para su uso *Diario Méd* 15 Jul 2010; [citado 12 enero 2015]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2010/03/15/area-profesional/gestion/telemedicina-normas-transparentes-para-su-uso>
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *DO*, No. L 255/22, (30 Sep 2005).
- Dunham PJ, Hurshman A, Litwin E, Gusella J, Ellsworth C, Dodd PW. Computermediated social support: single young mothers as a model system. *Am J Community Psychol*. 1998;26(2):281-306.
- Echevarria J. Apropiación social de las tecnologías de la información y la comunicación. *Rev. iberoam. cienc. Tecnol [Internet]*. 2008 [citado 20 enero 2015]; 4(10). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-00132008000100011&lng=es&nrm=iso
- Europa, una agenda digital para europa: ¿en qué me beneficia? [sede Web]. Bruselas: Europa. 2010 [citado 10 enero 2015]. Disponible en: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/199&format=HTML&aged=1&language=ES&guiLanguage=en>.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- Encuesta de salud 2002. Castilla La Mancha. [citado 10 julio 2015]. Disponible en: <http://www.ies.jccm.es/estadisticas/por-tema/sociedad/salud/>
- European Comission. Una agenda digital para Europa. Bruselas: 2010.
- European Comission. Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report. Brussels: 2003.
- European Comission. Green Paper on mobile Health (“mHealth”): 2014.
- European Union. Redesigning health in Europe for 2020. eHealth Task Force Report. Luxembourg: European Union; 2012 [citado 19 enero 2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/ehtask_force/index_en.htm.
- European Union. Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. Luxembourg: European Union; 2010 [citado 13 enero 2015]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF.
- Evans EC. Exploring the nuances of nurse- patient interaction through concept analysis: impact on patient satisfaction. Nurs Sci Quart. 2015; 29 (1): 62- 70.
- Fernández Lobato R, Cruz Bermúdez JL, García Berrocal JR, Saíz Rojo A, Casas Requejo J, Alcaraz Esteban M. Estudio de la accesibilidad telefónica en las consultas externas de un centro hospitalario. Guest Eval Cost Sanit 2013; 14(4): 685-96.
- Ferrán Aranaz, M. SPSS para Windows. Análisis estadístico. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España; 2001.
- Flores Pérez LA, Sanz Rubiales A, Hernansanz de la Calle S. El correo electrónico (e-mail). Dic 2001. 6 p. 30-35.
- Fontanet G, Cuixart N. La enfermera virtual: Un proyecto TIC para la promoción de la salud. RISAI. 2010 [citado 13 enero 2015];2(1):1-3. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol2/iss1/>.
- Fundación Telefónica. La Sociedad de la Información en España 2010. 1ª ed. Madrid: Ariel, S.A; 2011.
- García Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. Copenhague: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud; 2010 [citado 14 enero 2015]. Disponible en: www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/HiT2010.pdf.

- García de Ribera MC, Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque MR., Barrio Alonso MP., Muñoz Moreno MF., Posadas Alonso J. et al. Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [citado 14 enero2014];12(47):413-424. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000400004&lng=es.
- García-Valcárcel Muñoz-Repiso A. Investigación y tecnologías de la información y comunicación al servicio de la innovación educativa. Ediciones Universidad de Salamanca. 2008. p. 83-94.
- Gartner A. eHealth for a Healthier Europe! - Opportunities for a better use of healthcare resources. Vasteras: Tryck; 2009 [citado 12 enero 2015]. Disponible en:
<http://www.epractice.eu/en/library/306492>.
- Gené Badia J, Grau I, Sánchez E, Bernardo M. Forumclínic: comunidad virtual de pacientes crónicos. RISAI. 2009;1(2).
- Gentles SJ, Lokker C, McKibbin KA. Health information technology to facilitate communication involving health care providers, caregivers, and pediatric patients: A scoping review. J Med Internet Res. 2010; 12(2).
- Griffiths F, Lindenmeyer A, Powell J, Lowe P, Thorogood M. Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. J Med Internet Res. 2006;8(2).
- Hernández Aguilar M, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. 2005;63(4):340-56.
- Hernández-Abadía A. Sistema de telemedicina de las fuerzas armadas españolas. IX Jornadas sobre Tecnologías de la Información para la Modernización de las Administraciones Públicas; Sevilla. Tecnimap; 2006.
- Iglesias C. Retos legales del e-paciente. En: Traver Salcedo V, Fernández-Luque L, editores. El paciente y las redes sociales. Valencia: Fundación Vodafone España; 2012. p. 219-34.
- Instituto de Información Sanitaria. El sistema de la historia clínica digital del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. INE Notas de Prensa 5 oct 2011 [citado 15 enero 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np678.pdf>.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. INE. 2010 [citado 14 julio 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2006/p07/10/&file=03111.px&type=pcaxis&L=0>.
- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos, año 2009. Datos provisionales. INE Notas de Prensa 22 Jun 2010 [citado 12 enero 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np600.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre de 2011. INE Notas de Prensa 18 Ene 2012 [citado 30 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>.
- Johnson C, Wilhelmsson S, Börjeson S, Lindberg M. Improvement of communication and interpersonal competence in telenursing - development of a self- assessment tool. J Clin Nurs. 2015; 24 (11/12): 1489- 1501.
- La liga de la leche [sede Web]. Madrid: La Liga de la Leche [citado 18 enero 2015]. Disponible en: <http://www.laligadelaleche.es/>.
- Lazenbatt A, Sinclair M, Salmon S, Calvert J. Telemedicine as a support system to encourage breast-feeding in Northern Ireland. J Telemed Telecare. 2001;7(1):54-7.
- Leong KC, Chen WS, Leong KW, Mastura I, Mimi O, Sheikh MA, et al. The use of text messaging to improve attendance in primary care: a randomized controlled trial. Fam. Pract. 2006;23(6):699-705.
- Lewis R, Martin G, Over H, Tucker H. Television therapy; effectiveness of closed circuit television as a medium for therapy in treatment of the mentally ill. AMA Arch Neurol Psychiatry. 1957;77(1):57-69.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, No.274, (15 Nov 2002).
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico. BOE, No.166, (12 Jul 2002).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. BOE, No. 294, (6 Dic 2018).
- Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. BOE, No.299, (14 Dic 2007).

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE, No.280, (22 Nov 2003).
- Lindberg I, Christensson K, Ohrling K. Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth. *Midwifery*. 2009; 25(4):357-65.
- Lindberg I, Ohrling K, Christensson K. Midwives' experience of using videoconferencing to support parents who were discharged early after childbirth. *J Telemed Telecare*. 2007;13(4):202-5.
- Lindberg B, Axelsson K, Ohrling K. Experience with videoconferencing between a neonatal unit and the families' home from the perspective of certified paediatric nurses. *J Telemed Telecare*. 2009;15(6):275-80.
- Lleixa M. Las tecnologías de la información y de la comunicación y la disciplina enfermera. Sociedad Española Enfermería Informática e Internet. [Citado 25 enero 2015]. Disponible en: www.seei.es/revista/revista.htm
- López Alonso, C. “El correo electrónico”. López Alonso, C. & Séré, A. (edit.) *Nuevos géneros discursivos: los textos electrónicos*, Madrid, Biblioteca Nueva. 2003.
- Marklund B, Ström M, Månson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer- supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *J Nurs Manag*. 2007; 15 (2): 180- 187.
- Martínez Ibañez, MT. Comparación de dos métodos de encuesta: teléfono frente a correo en la población diabética de un centro de salud. Vol 23 (4). Marzo 1999. p.198-203.
- Martínez-Ramos C. Telemedicina en España II. Comunidades Autónomas. Sanidad Militar, Marítima y Penitenciaria. *Proyectos Humanitarios. Reduca Med*. 2009 [citado 14 enero 2015];1(1):182-202. Disponible en: www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/28/29.
- Mattison, M., Johnson, C., Börjeson, S., Årestedt, K. and Lindberg, M. (2019). Development and content validation of the Telenursing Interaction and Satisfaction Questionnaire (TISQ). *Health Expectations*, [Internet] 22, pp.1213- 1222. [Citado 10 enero 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12945>.
- McLean S, Chandler D, Nurmatov U, Liu J, Pagliari C, Car J, et al. Telehealthcare for asthma: A cochrane review. *CMAJ*. 2011;183(11) 733-42.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud; 2011-2012 [citado 20 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.html>

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006 [citado 14 enero 2015]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Red.es; 2010 [citado 11 enero 2015]. Disponible en: <http://www.red.es/media/registrados/2010-03/1269594312942.pdf?acepcion=de7889b7eecff3cb7b17fd1de383e962>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Vacunaciones [citado 24 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/home.htm>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [citado 17 enero 2015]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
- Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008(4).
- Mola Caballero de Rodes, S. Internet como medio de comunicación profesional las listas de correo electrónico. Vol. 25 (4). Marzo 2000. p. 265-267.
- Monteagudo Peña JL, Moreno-Gil O. e-Salud para la potenciación de los pacientes en Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Monteagudo J, Serrano L, Hernández C. La telemedicina ¿ciencia o ficción? An Sist Sanit Navar. 2005;28(3):309-23.
- Murphy G, Prichett-Pejic W, Severn M. Non-emergency telecardiology consultation services: Rapid review of clinical and cost outcomes. Technology report. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2010.
- Nicholas DB, Fellner KD, Koller D, Fontana Chow K, Brister L. Evaluation of videophone communication for families of hospitalized children. Soc Work Health Care. 2011;50(3):215-29.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003 [citado 13 Enero 2015]. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf.
- Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. BOE, No.157, (29 Jun 2010).

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- Osman H, Chaaya M, El Zein L, Naassan G, Wick L. What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health*. 2010; 15(10):611.
- Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Prog Plan*. 1983; 6 (3): 185- 210.
- Pérez-Ferre N, Galindo M, Fernández MD, Velasco V, Runkle I, de la Cruz MJ, et al. The outcomes of gestational diabetes mellitus after a telecare approach are not inferior to traditional outpatient clinic visits. *Int J Endocrinol*. 2010
- Proyecto Europeo de Salud. [Citado 24 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.epsos.eu/espana.html>
- Salud responde [sede Web]. Sevilla: Consejería de Salud de Andalucía. 2011 [citado 14 enero 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_7_c_3_nuevo_marco_de_relacion_con_la_ciudadania/salud_responde.
- Sánchez-Losada J. Aspectos éticos y médico-legales en la telemedicina: la consulta médica telefónica [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011 [citado 12 diciembre 2014]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/13892/1/T33350.pdf>.
- Schlachta L, Sparks S. Definitions of telenursing, telepresence. En: Fitzpatrick J, editor. *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer Publishing; 1999. p. 466-506.
- Seguranyes Guillot G. *Enfermería maternal*. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.
- Sedano Pinzón JJ. Ventajas y Desventajas de las TIC's en el ámbito educativo. [Internet]. Campus Dokeos.com 2010 [citado marzo 2013]. Disponible en: <http://campus.dokeos.com/courses/TICS017f/document/LasTicsVentajasydesventajas.pdf?cidReq=TICSdbf1>
- Souza- Junior VD, Mendes I, Mazzo A, Godoy S. Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. *Appl Nurs Res*. 2016; 29(1): 254- 260.
- Sutcliffe P, Martin S, Sturt J, Powell J, Griffiths F, Adams A, et al. Systematic review of communication technologies to promote access and engagement of young people with diabetes into healthcare. *BMC Endocr Disord*. 2011; 6(11): 1.
- Tan K, Lai NM. Telemedicine for the support of parents of high-risk newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. Inglaterra. 2012; 6.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.*

- Telenfermería. Términos telemáticos en el área de la Salud. Tecnoglosario. [Citado 22 de febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.telenfermeria.iespana.es/telenfermeria/teleterminos.html>
- Tindall LR, Huebner RA, Stemple JC, Kleinert HL. Videophone-delivered voice therapy: a comparative analysis of outcomes to traditional delivery for adults with Parkinson's disease. *Telemed J E Health*. 2008; 14(10):1070-7.
- Torres Esperón M. El trabajo en redes en la práctica de enfermería: «Acortando la distancia». *Rev Cubana de Enfermería*. [Internet].2010 [citado 3 marzo 2015];26(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Traver Salcedo V, Fernández-Luque L. El paciente y las redes sociales. Valencia: Fundación Vodafone España; 2012.
- Tsai H, Tsai Y. Older nursing home residents' experiences with videoconferencing to communicate with family members. *J Clin Nurs*. 2010 06;19(11-12):1538-43.
- Unicef. Iniciativa hospital amigo de los niños [sede Web]. Madrid. 2012 [citado 02 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index1.asp>.
- Urueña A, Ferrari A, Valdecas E, Ballester P, Antón P, Castro R, et al. Perfil sociodemográfico de los internautas. Análisis de datos INE 2010. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011 [citado 28 enero 2015]. Disponible en: <http://www.ontsi.red.es/hogares-ciudadanos/articles/id/4343/perfil-sociodemografico-losinternautas-analisis-datos-ine-2010.html>.
- Vialart Vidal MN. Telenfermería. Traspasando las fronteras. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2013 [citado 14 enero 2015]; 29(2):134-144. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000200007&lng=es.
- Vizcaya Moreno, MF, Romá Ferri, MT. Uso de las nuevas tecnologías de la información en profesionales de Enfermería: NTICs. 2006.
- Vrijhoef HJ, Janssen JJ, Greenberg ME. Feasibility of telemonitoring for active surveillance of influenza vaccine safety in the primary care setting in The Netherlands. *J Telemed Telecare*. 2009;15(7):362-7.
- Wang SF, Chen CH, Chen CH. Related factors in using a free breastfeeding hotline service in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2008;17(7):949-56.

Analisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

ANEXOS:

Analisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

ANEXO 1:

Hoja de información a participar:

Le invito a participar en el estudio “Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el ámbito pediátrico” en el que participa el centro de salud zona 1 de Albacete.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación están empezando a instaurarse en la sociedad y por supuesto parte de ella son los servicios sanitarios. El uso de elementos tecnológicos en la sanidad ayuda a mejorar la eficacia en la atención, aumentar la eficiencia en la gestión y costes y utilizar de manera más eficaz los recursos humanos y de salud. Además, constituye una renovación en la evolución de los servicios, llevando consigo avances en la calidad del trabajo enfermero. Por este motivo se considera relevante el acercamiento a la población de esta manera de asistencia, ofreciendo así una nueva consulta de enfermería.

La finalidad de este estudio es conocer si la atención a los padres a través del correo electrónico es más efectiva en relación con la atención habitual que proporcionan las enfermeras a los padres en el centro de Salud zona 1 de Albacete.

Los beneficios esperados con este estudio es la posibilidad de consultar problemas y dudas que se le presenten y recibir asesoramiento sin que tenga que desplazarse al centro de salud.

Desarrollo del estudio:

- Se realizarán dos grupos de estudio de forma paralela, cuya asignación se hará de manera aleatoria por sorteo:
 - Un grupo de padres asignados al grupo control serán atendidos de la manera habitual.
 - Un grupo de padres asignado al grupo control que se les ofrecerá la posibilidad de la asistencia por correo electrónico.

*Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ámbito pediátrico.*

- En ambos grupos se les realizarán a los padres como mínimo tres entrevistas. En la última de ellas se les pedirá la opinión sobre la atención recibida, tanto de forma habitual como por correo electrónico.
- Todos los datos recogidos sobre su participación en el estudio se considerarán como confidenciales. En la hoja de recogida de datos solo constará el número que se le hay asignado dentro del estudio. En el informe final del estudio se mantendrá su identidad en el anonimato. Se le informa, tal como se prevé en el artículo 5 de la Ley Orgánica 5/1992, de regulación del tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, que éstos podrán ser objeto de tratamiento automatizado y de los derechos que asisten a los participantes del estudio de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales.
- Este estudio no prevé dar ningún tipo de compensación económica.
- Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del mismo. Si decide hacerlo no tendrá ninguna consecuencia en la asistencia sanitaria que recibe.

Si tiene alguna duda sobre el estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, puede contactar por correo electrónico aa.sanz@hotmail.com o contactar con su enfermera de atención primaria.

Una vez leída esta información y consultadas las dudas que puedan habersele planteado y en caso de que quiera participar en el estudio deberá firmar el consentimiento informado.

Agradezco de antemano su participación en el estudio,

Alba Albitre Sanz

Enfermera especialista en Pediatría.

ANEXO 2:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Respetado(a) señor(a) por medio del presente documento solicitamos su participación voluntaria en la realización por escrito de una encuesta, que he redactado como parte de un ejercicio académico e investigativo, que tiene como objetivo analizar el uso del correo electrónico como parte de la asistencia sanitaria.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados de la encuesta.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

En consideración con lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta encuesta. (Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado)

Entendiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

(Yo) Nombre del participante: _____ identificado con el número de identificación nacional _____, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la participación del estudio.

En _____ el _____ de _____ del 2015. (Población y Fecha)

En constancia firma,

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

ANEXO 3:

Hoja de recogida de datos. 1º Consulta.

Nº Caso: Fecha de

inclusión en el estudio:

Grupo: Habitual: Telemática: Edad:

Profesional que le atiende en la consulta: Enfermera Enfermera residente

Control del embarazo Educación maternal

Nivel de estudios: Sin estudios Estudios primarios

Estudios secundarios / Formación profesional Estudios Universitarios

Realiza trabajo remunerado: SI NO Paro Estudia

Estudia+ trabajo remunerado

¿Ha utilizado previamente el correo electrónico? SI NO

Nº de meses o años como usuaria de Internet

Nº de meses o años como usuaria de correo electrónico

ANEXO 4:

Hoja de recogida de datos. Consulta programada.

Nº Caso: Fecha de la

consulta:

Grupo: HABITUAL TELEMÁTICA

Datos del paciente pediátrico:

Sexo: HOMBRE MUJER EDAD: _____

Antecedentes personales: _____

Ingresos hospitalarios previos: SI NO Motivo de Ingreso: _____

Variables sobre el tipo de consulta:

Tipo de consulta: Presencial Correo electrónico Telefónica

Profesional que atiende la consulta: Enfermera Residente de enfermería

¿Es la primera vez que consulta? Nº de Consulta:

¿Quién consulta? PADRE MADRE AMBOS

Tiene ayuda en casa: SI NO

Motivo de consulta sobre lactancia:

Lactancia Materna Lactancia Artificial Lactancia Mixta

Dificultades de la madre al dar el pecho

Dificultades del neonato para tomar el pecho

Dificultades del neonato para tomar el biberón

Dificultades en la preparación de biberones Uso de pezoneras

Uso de tetinas especiales Uso de sacaleches

Motivo de consulta sobre el neonato:

- Llanto Apetencia Descanso/sueño Aumento de peso
- Problemas en la piel Regurgitaciones Cólicos Vómitos
- Deposiciones Higiene del bebé Cordón umbilical Medicación
- Otros _____

Motivo de consulta sobre la alimentación:

- Introducción de alimentos Preparación de biberones Tipo de leche
- Problemas de inapetencia Horarios Cantidades Picoteo
- Hábitos alimentarios Suplementos Preparación comidas

Motivo de consulta sobre la vacunación:

- Fiebre Malestar general Cambios en la piel
- Zona de inyección Otros síntomas _____
- Tipo de vacuna Tiempo entre administración de vacunas
- Vacunas de pago Repetición de dosis

Motivo de consulta sobre Educación para la salud en la etapa pediátrica:

- Control de esfínteres Inicio del colegio Ejercicio Curas
- Comportamiento Higiene Sueño Llegada de herman@
- Problemas de visión Problemas de audición Menarquia
- Lenguaje Accidentes: Otros: _____

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
ÁMBITO PEDIÁTRICO.

Motivo de consulta sobre medicación:

Dosis Efectos secundarios Indicación Sobredosis

Intoxicación Otros: _____

Manejo de la consulta:

Asistencia por correo electrónico

Asistencia habitual: Observación clínica y cuidados Asesoramiento

Derivaciones:

Derivación: SI NO

Motivo de derivación: Centro de derivación:

Profesional: PEDIATRA MATRONA TRABAJADORA SOCIAL

PSICÓLOGO ODONTÓLOGO FISIOTERAPEUTA

OTROS: _____

Analisis y comparacion de LA eficacia de una intervencion por teleconsulta en el
Ambito pediatrico.

ANEXO 5:

Cuestionario sobre la atencion recibida:

Nº Caso: Fecha de encuesta:

Grupo: Habitual Telemática

Debera contestar las siguientes preguntas para saber el grado de satisfaccion y la calidad con la que ha sido atendid@.

GRADO DE SATISFACCION	Poco satisfecha				Muy satisfecha
	1	2	3	4	5
La informacion obtenida					
La accesibilidad del profesional					
La satisfaccion global					
La atencion recibida					

Asistencia telemática. Preguntas sólo para padres del grupo con asistencia telemática.
¿Ha utilizado algunos de estos medios en las consultas telemáticas con las enfermeras?
En caso de que no haya utilizado correo electrónico ¿cuáles son las causas? No tuvo motivos para hacer consultas.
Dificultades con el correo electrónico. Problemas ordenadores.
Problemas ADSL
No pudo contactar con el profesional.

Analisis y comparacion de LA eficacia de una intervencion por teleconsulta en el
Ambito pediatrico.

Si los padres han utilizado la asistencia telematica.

GRADO DE SATISFACCION	Poco satisfecha				Muy satisfecha
	1	2	3	4	5
La comunicacion telematica					
La informacion recibida sobre los cuidados					
La accesibilidad de las enfermeras para solucionar sus problemas de salud					
Recibir asistencia sanitaria desde casa sin desplazarse al centro sanitario					
La facilidad de utilizacion del equipo telematico					
La satisfaccion global con la asistencia telematica					

¿Volveria a utilizar la consulta virtual?

Si

No

No lo sé

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

ANEXO 6:

	Pregunta	Opciones de pregunta	Puntuación
1.	¿Mientras estabas en consulta te dieron la suficiente información sobre la condición de tu hijo y tratamiento?	Si Si, algo No, quería información	100 50 0 No score
2.	¿Cómo de organizado fue el proceso de admisión?	Nada organizado Algo organizado Muy organizado	0 50 100
3.	¿Tuvo tu hijo que esperar mucho antes de ser atendido?	Si Si algo no	0 50 100
4.	¿Cómo calificarías la amabilidad del personal que recibió a tu hijo	Pobre Razonable Bueno Muy bueno Excelente	0 25 50 75 100
5.	Estuvieron los profesionales disponibles para responder a las preguntas cuando lo necesitabas	Si siempre Si algunas veces No, nunca tuve dudas	100 50 0 No puntúa
6.	¿Has tenido confianza en los profesionales que cuidan de tu hijo?	Si, siempre Si, a veces No	100 50 0
7.	¿Cuándo has tenido una duda sobre tu niño te han dado respuestas que has podido comprender?	Si, siempre Si, a veces N, no tuve dudas	100 50 0 No puntúa
8.	¿Tuvieron los profesionales en consideración tus sugerencias en el cuidado de tu hijo?	Si, completamente. Si, algo No	100 50 0
9.	¿Cómo calificarías la amabilidad de los profesionales?	Pobre Razonable Buena Muy buena Excelente	0 25 50 75 100
10.	¿Estaban las enfermeras disponibles para responder tus dudas y preocupaciones?	Si, siempre Si, a veces No, No tuve dudas	100 50 0 No puntúa
11.	¿Tienes confianza en las enfermeras que cuidan a tu hijo?	Si, siempre Si, algunas veces No	100 50 0

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

12.	¿Cuándo tienes una duda importante sobre tu hijo y preguntas a las enfermeras te responden de manera que lo entiendas?	Si, siempre Si, a veces No, no tuve dudas	100 50 0 No puntúa
13.	¿Prestan las enfermeras la suficiente atención a tus sugerencias sobre el cuidado de tu hijo?	Si, siempre Si, algunas veces No	100 50 0
14.	¿Cómo calificarías la amabilidad de las enfermeras?	Pobre Razonable Buena Muy buena Excelente	0 25 50 75 100
15.	¿Cómo calificarías la cortesía de las enfermeras?	Pobre Razonable Buena Muy buena Excelente	0 25 50 75 100
16.	Sientes que el médico o la enfermera entienden las condiciones de tu hijo y el tratamiento	Si, siempre Si a veces No	100 50 0
17.	¿Tu hijo recibió el cuidado que necesitaba cuando lo necesitaba?	Si, siempre Si, a veces No	100 50 0
18.	¿Te gustaría estar más involucrado en la toma de decisiones sobre el cuidado de su hijo?	Si, definitivamente. Si, algo No	0 50 100
19.	¿Cuánta información sobre las condiciones y el tratamiento de tu hijo te han dado?	No suficiente. Demasiado No quiero información	0 100 0 No puntúa
20.	¿Fue la información sobre sus condiciones comentada con tu hijo en la manera que él lo entendiera?	Si, definitivamente Si, algo No No lo se	100 50 0 No puntúa

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN POR TELECONSULTA EN EL
 ÁMBITO PEDIÁTRICO.

21.	¿La enfermera pregunto a tu hijo sobre su dolor?	Si frecuentemente Si a veces No	100 50 0 No puntúa
22.	Muchos niños tienen problemas para tomarse las medicinas en casa ¿alguien ha enseñado a tu hijo como tomárselas?	Si, definitivamente. Si algo No hay nuevas medicinas en casa	100 50 0 No puntúa
23.	¿Te han hablado de las actividades que tu hijo puede o no puede hacer cuando este en casa, tales como comer, bañarse, hacer deporte, o volver al colegio?	Si definitivamente Si algo No	100 50 0
24.	¿Te ha enseñado alguien del personal que necesitas saber sobre el cuidado de tu hijo en casa?	Si definitivamente Si algo No	100 50 0
25.	¿Cómo evaluarías la manera de trabajar en equipo de médicos enfermeras?	Pobre Razonable Buena Muy buena Excelente	0 25 50 75 100
26.	¿Los médicos y las enfermeras aseguraron la privacidad de tu hijo cuando hablaban o cuidaban de él?	Si, siempre Si, a veces No	100 50 0
27.	En general ¿cómo evaluarías el cuidado que tu hijo ha recibido?	Pobre Razonable Buena Muy buena Excelente	0 25 50 75 100
28.	¿Recomendarías este centro de salud a tu familia y amigos?	Si, definitivamente Si probablemente No	100 50 0

ANEXO 7: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN.

A todos los pacientes que acudían a la consulta de enfermería se les ofertaba la posibilidad de participar en el proyecto. Se les explicaba que es un proyecto de investigación llevado a cabo por enfermeras, que tiene como objetivo evaluar la implementación de la consulta telemática a través de correo electrónico para mejorar y favorecer la organización, motivación y acceso a la consulta de enfermería pediátrica en atención primaria.

Todos los sujetos, que cumplan los criterios de selección, podían participar en el proyecto. Asimismo, se les explicaba que tipo de consultas se podían realizar por correo electrónico, ya que las consultas de urgencia, las consultas previstas por el programa del niño sano o las consultas en las que fuera necesaria la presencia del pediatra, se tendrían que hacer solamente de manera presencial. Aun así, si alguna consulta se realiza de manera telemática y no puede hacerse por esa vía, será la propia profesional enfermera quién derive a otro profesional o se cite ella misma de manera presencial al paciente.

Los pacientes asignados al grupo control sólo podrán realizar consultas de manera presencial. Y, por otro lado, los pacientes asignados al grupo intervención podrán realizar las consultas de ambas maneras, presencial y telemática. Todas las consultas quedarán registradas en correspondencia con el identificador de cada sujeto.

El último punto del protocolo sería que todos los sujetos que participen deben rellenar una encuesta de satisfacción el mismo día de su inclusión en el estudio, a los tres meses y a los seis meses de esa primera encuesta.

Analisis y comparación de LA eficacia de una intervención por teleconsulta en el
Ambito pediátrico.