



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE GRADO

|   |
|---|
| Título  |
| <b>Estudio sobre la influencia de Florence Nightingale en el proceso enfermero actual</b> |
| Autor/es  |
| <b>Mikel Proaño Voto</b>  |
| Director/es   |
| María Soledad Martínez Sáenz  |
| Facultad  |
| Escuela Universitaria de Enfermería   |
| Titulación  |
| Grado en Enfermería   |
| Departamento  |
|   |
| Curso Académico   |
| 2015-2016   |



**Estudio sobre la influencia de Florence Nightingale en el proceso enfermero actual**, trabajo fin de grado

de Mikel Proaño Voto, dirigido por María Soledad Martínez Sáenz (publicado por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

- © El autor
- © Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2016  
publicaciones.unirioja.es  
E-mail: publicaciones@unirioja.es

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA

***ESTUDIO SOBRE LA  
INFLUENCIA DE FLORENCE  
NIGHTINGALE EN EL  
PROCESO ENFERMERO  
ACTUAL***

MIKEL PROAÑO VOTO

TRABAJO FIN DE GRADO

- Tutor: Maria Soledad Martínez Sáenz
- Logroño, 24 de Junio del 2016
- Curso: 2015-2016
- 1ª Convocatoria Junio 2016

## INDICE

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | Resumen. ....                      | 2  |
| 2. | Introducción y justificación. .... | 4  |
| 3. | Objetivos. ....                    | 10 |
| 4. | Metodología. ....                  | 10 |
| 5. | Desarrollo. ....                   | 12 |
| 6. | Conclusiones. ....                 | 34 |
| 7. | Bibliografía. ....                 | 37 |

## RESUMEN

En este trabajo, quiero tratar de analizar de una manera concreta la influencia que ha tenido Florence Nightingale en las actividades diarias del enfermero en la actualidad partiendo principalmente, de una biografía donde explico de forma aclarativa las diferentes actividades que pudo realizar, las instituciones que logró fundar, y las ideas que fundamentó con las que establecería su propio paradigma de pensamiento que le llevaría a formar una teoría en la que hoy en día, a pesar de la evolución del tiempo, los principios que la consolidaron se mantienen influyendo de una manera notable.

Intento saber cómo y de qué manera el papel de Florence Nightingale en la disciplina enfermera se mantiene vigente. Destacar la evolución del trabajo enfermero, centrándome en su Proceso de Atención (señalando sus etapas y la importancia de cada una de ellas, así como también los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC)) y en las diferentes técnicas innovadoras que han servido para consolidar la calidad del cuidado y fortalecer el control de la actividad enfermera en las diferentes instituciones hospitalarias.

Para ello, me centro en señalar como objetivo principal que el paradigma que estableció repercute de una manera importante en el proceso de atención de enfermería actual y como objetivos secundarios la importancia que tiene el uso de éste hoy en día, mostrando sus ventajas e inconvenientes en el paciente sano y enfermo así como en el profesional.

El método empleado en el trabajo es de carácter descriptivo. El fin de éste es conseguir unos resultados que demuestren lo planteado en mis objetivos. Después de realizar el desarrollo del estudio los resultados que he podido recoger los resumo principalmente en cinco ideas, unas conclusiones que reflejan a Florence Nightingale como la pionera de la Enfermería moderna demostrando que, sus creencias aún siguen influyendo en el ámbito sanitario tanto a nivel formativo (repercusión en el Proceso de Atención de Enfermería) como a nivel docente (carteles informativos sobre diferentes conceptos que instauró ella como la importancia de la higiene de manos).

Por último enfatizar sobre los elementos referidos en la teoría del entorno, como aspectos fundamentales y de vital importancia para el bienestar y confort del ser humano.

Las palabras clave empleadas para la recogida de datos han sido Florence Nightingale, Proceso de atención enfermero, Historia de la Enfermería, Teorías y Modelos de cuidados, Paradigmas enfermeros, Disciplina enfermería, Sistema estadístico de Florence Nightingale.

## **ABSTRACT**

*In this paper I want to try to analyze in a concrete way the influence it has had Florence Nightingale in the daily activities of nurses currently based mainly on a biography where I explain so clearly the different activities that could be performed, the institutions that managed to found, and ideas that informed with which establish his own idea of thinking that would lead him to form a theory that today despite the evolution of time the principles that influence remain consolidated in a remarkable way.*

*I try to know how and how the role of the nurse Florence Nightingale discipline remains in force. Highlight the evolution of the nursing work focusing on the care process (pointing stages and the importance of each, as well as the results (NOC) and interventions (NIC)) and different innovative techniques that have served to strengthen the quality of care and strengthen control nurse activity in different hospitals.*

*For this, I focus on several goals pointing principal that the paradigm which established an impact in a major way in the care process current nursing and secondary objectives the importance of using it today, showing its advantages and disadvantages in healthy and ill patient as well as the professional*

*The methodology used at work is descriptive. The purpose of this is to achieve results that demonstrate the points made in my goals. After making the development of the study results that I could collect summarize mainly in five ideas, conclusions that reflect Florence Nightingale as the pioneer of modern nursing demonstrating that, their ideas are still influencing the health field both educational level (impact on the Nursing Care Process) as In the academic (informational signs on different concepts which established her as the importance of hand hygiene).*

*Finally emphasize to the elements mentioned in the theory of the environment as fundamental and vital to the welfare and comfort of being human aspects.*

*The Keywords used for the data collection have been Florence Nightingale, nurse care process, Nursing History, Theories and models of care, nurses Paradigms, Discipline nursing, Florence Nightingale Statistical System.*

## **INTRODUCCION Y JUSTIFICACION**

El 12 de mayo de 1820 nació en Florencia, Italia, Florence Nightingale, una de las personas que logró modificar la imagen del trabajo enfermero, estableciendo un paradigma, una corriente de ideas basadas en sus experiencias prácticas que todavía influye notablemente en la disciplina enfermera actual. Pertenecía a una familia aristocrática victoriana acaudalada. Recibió formación en matemáticas, idiomas y filosofía. En 1850 inició sus estudios en San Vicente de Paul (Alejandría) y tres años más tarde, gracias a su trabajo en un hospital de Londres, comenzó a superarse el modelo asistencial tradicional basado en lo religioso y en los buenos sentimientos y, se empezó a sustituir por un modelo de asistencia sanitaria científica, la cual requería una formación enfermera más rigurosa. Durante los cinco siguientes años, en la guerra de Crimea, puso de manifiesto la efectividad de los cuidados enfermeros y un innovador análisis estadístico basado en la recogida de datos mediante una presentación de éstos denominado “coxcomb” (Diagrama de área polar) sobre las causas de la mortalidad, con el que consiguió reducirla de una manera significativa (1). Este hecho fue de vital importancia en el desarrollo de la enfermería demostrando que el trabajo enfermero había sido imprescindible y fundamental para resolver la situación de los heridos. Después de la guerra, al regresar a Inglaterra en 1856, gracias a los fondos que le concedieron, estableció una institución educativa de Enfermería en el St. Thomas Hospital y en el Kings College Hospital en Londres.



Fig. 1-Florence Nightingale "la dama de la lámpara"  
Fuente:<https://knowledgenurse.wordpress.com/florence-nightingale/>

Respecto a la situación sociopolítica, su vida transcurrió en una época donde la mujer era la encargada de realizar las tareas domésticas y el hombre de traer el dinero a casa. En lo profesional, Nightingale atribuye el rol médico al hombre mientras que el rol de enfermera a la mujer. Niega de una forma considerable que un hombre pueda ejercer el trabajo de enfermero, y a pesar de todo ello, señala que no se debe de considerar malo que una mujer haga alguna tarea que corresponde al hombre. Comparte acciones y funciones masculinas y luego feminiza el trabajo de la Enfermería.

A pesar de ser una etapa histórica en la que la mujer presenta complicaciones en todos los aspectos económicos, laborales y sociales, gracias a las múltiples actividades que pudo realizar (viajar estudiar, y formarse culturalmente), Florence Nightingale luchó por cambiar la imagen de la mujer, creando un mundo dentro de la sociedad paralelo al del hombre; en él resalta los siguientes valores femeninos como imprescindibles para el desarrollo de la Enfermería: observación, aptitud, obediencia y vocación. A pesar de que las circunstancias sociopolíticas no eran las mejores, Florence Nightingale logró establecer un fundamento científico con el que fue capaz de poder construir una **teoría propia de la Enfermería** (2).

Gracias a su dedicación y a sus hechos destacables como la fundación de la Escuela y Hogar para enfermeras Nightingale, el trabajo enfermero se consideró una profesión sanitaria respetable con un elevado grado de formación y responsabilidad cuyo objetivo fue dedicar un cuidado profesional al paciente y no que fuese realizado por



sus familias, esto identifica a la enfermería como una ciencia práctica, delimitando el espacio propio de la profesión diferenciándonos de otras disciplinas. De esta manera podemos distinguir dentro de la actividad enfermera, tres grupos diferenciados en su función: actividades independientes; las que se llevan a cabo por si solas y en relación ante una determinada situación de salud/enfermedad, las actividades interdependientes que son aquellas que se basan en la colaboración con otros grupos profesionales sanitarios, y las actividades dependientes que por su propio nombre son aquellas actividades que dependen de otros profesionales (3).

Florence Nightingale luchó siempre para mejorar las condiciones de los hospitales demostrando que, mediante el desarrollo, entre otros, de una fórmula modelo de estadística hospitalaria los hospitales recolectaran y generaran datos consistentes, mostrando como la estadística descriptiva proporciona un marco de organización para controlar y aprender pudiendo así llevarles a la mejora en la práctica médica y quirúrgica. Aportó también una serie de ideas y fundamentos sobre su profesión que quedaron reflejadas en su libro publicado en 1860 “Notas de Enfermería: qué es y qué no es” destacando la idea sobre el papel de la enfermera y del medioambiente en la solución de los problemas de salud del individuo (4). Estos escritos marcaron el inicio de la base sobre la que se construiría la primera teoría de la Enfermería.

Señaló que la vivienda, los accesos a los servicios de salud, y los elementos que conforman el entorno: la luz, el aire puro, el calor, la comida, la higiene y el control de ruido, eran aspectos de gran importancia que interferían en la salud de las personas y que si se daba un descontrol sobre ellos, en muchas ocasiones eran la causa principal que daba origen a las enfermedades (5).



Fig.2-Elementos constituyentes del entorno

Fuente: [// es.slideshare.net">https://www.google.es/search?q=teoria+del+entorno>// es.slideshare.net](https://www.google.es/search?q=teoria+del+entorno)

Estos factores serán, sobre los que se asienten los pilares de la disciplina enfermera que aún siguen vigentes en la profesión a pesar de que el descubrimiento tecnológico y las investigaciones científicas, hayan establecido nuevos aspectos sobre los que se apoye. La base de la ciencia del profesional enfermero mantiene a la persona, a la salud y al entorno, como tres de los “ítems” principales sobre los que se basa el proceso enfermero (6).

Por ello, hoy en día podemos considerar a Florence Nightingale como una de las pioneras en la práctica enfermera. Realizó diferentes investigaciones centradas en el cuidado e introdujo el concepto de higiene señalándolo como algo primordial y fundamental para evitar la aparición de enfermedades y mantener el entorno del paciente en las mejores condiciones posibles (7).

Así, pudo conformar **la primera teoría enfermera**, un paradigma que se basa en un triángulo permanente: la relación del paciente con su entorno, de la enfermera con el paciente y con el entorno del mismo, de tal forma que el paciente se situase en condiciones óptimas para que la naturaleza actuase sobre él es decir que, Florence Nightingale concebía el mantenimiento de la salud por medio de la **prevención de la enfermedad mediante el control del entorno**, y empleaba la observación como medio principal para la identificación de problemas, la detección de infecciones para evitar la propagación de enfermedades o la falta de higiene que afectaba de forma directa en la salud de las personas (8).



Fig.3-Triángulo permanente de la teoría del entorno  
Fuente: [// es.slideshare.net">https://www.google.es/search?q=teoria+del+entorno>// es.slideshare.net](https://www.google.es/search?q=teoria+del+entorno)

De esta manera se empieza a cimentar el Proceso de la Enfermería que, hasta entonces no se concebía como tal pero, se encontraba implícito en cada una de sus actividades a través de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para establecer el cuidado. Después, más adelante se adiciona al proceso la fase de diagnóstico, desarrollando posteriormente la nomenclatura básica para describir los problemas de salud, y las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

El proceso enfermero es un instrumento científico basado en un amplio sistema de modelos y teorías, empleado para la recogida de información, diagnóstico y tratamiento de las respuestas de la persona e identificando los problemas reales o potenciales del paciente, familia, comunidad. Es una herramienta principal que basa toda la práctica enfermera y se convierte en un elemento indispensable en el quehacer diario de las enfermeras. Al aplicar este proceso se favorece la comunicación y se aporta calidad a los cuidados enfermeros.

Para poder establecer y aplicar el Proceso de Enfermería, es necesario que el profesional tenga una serie de habilidades y conocimientos previos que hagan referencia a la base científica de la Enfermería, teorías, modelos conceptuales y diferentes investigaciones científicas propias de la profesión. En todo este proceso es imprescindible el uso de un lenguaje homogeneizado por lo que, como consecuencia surgió la NANDA en el año 1982 con el objetivo de crear una taxonomía única que

distinguiera la enfermería de otras disciplinas, publicando una lista de diagnósticos enfermeros consensuados y estandarizados. La aplicación de los diagnósticos NANDA junto con los objetivos e intervenciones descritos en los manuales NOC, NIC, nos conduce a una mejora en la aplicación en el Proceso de Atención de Enfermería, y como consecuencia, como ya he comentado a unos cuidados de mayor calidad.

Este proceso está constituido por una serie de etapas interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- La primera etapa, la Valoración, en la cual mediante la Observación, la Entrevista y la Exploración física podemos recoger toda la información necesaria del paciente para así indicar de forma correcta los objetivos a cumplir.
- La segunda etapa, el Diagnóstico, que consiste en definir de una forma clara y precisa el problema a tratar del paciente. La clasificación enfermera (NANDA) cuenta con una definición para cada uno de ellos, unas características que lo definen y unos factores relacionados, además de contar con una nomenclatura válida sobre los resultados esperados (NOC) y las Intervenciones de Enfermería (NIC), que sirven de guía para los cuidados.
- La tercera etapa, la Planificación, que se basa en la determinación de intervenciones o actividades con el fin de prevenir, controlar, reducir, o eliminar aquellos problemas que han sido señalados de base en la segunda etapa del proceso con los diagnósticos de Enfermería. En este momento es donde se elaboran los objetivos y las actividades que vayamos a realizar estableciendo prioridades en el cuidado. Todo esto se registra en un plan que según el cuidado puede ser individualizado o colectivo (estandarizado).
- La cuarta etapa, la Ejecución, una fase del proceso donde aplicaremos el plan de cuidados que hemos establecido en la fase tres, la planificación.
- La quinta etapa, la Evaluación, que es aquella parte del proceso donde medimos los resultados obtenidos; es decir, que comparamos los objetivos del plan definido anteriormente, con el estado de salud del paciente. En el caso de no poder obtener los resultados esperados, el plan de cuidados es modificado desde la primera a la última etapa hasta conseguir un fin adecuado y efectivo (9).

Una vez definido el proceso enfermero y la teoría establecida por Florence Nightingale, podemos apreciar que la influencia que tuvo con el proceso enfermero actual es bastante destacable y significativa ya que, siempre la enfermera en la primera etapa del proceso, debe de desarrollar la habilidad de la observación para atender a los pacientes y priorizar sus problemas acerca de los tratamientos y cuidados, estableciendo la etapa de la valoración decisiva en el seguimiento del paciente y se encargará de **valorar el entorno y las condiciones que presenta éste, para poder aplicar unos cuidados óptimos y de calidad**. La higiene sigue siendo un término importante y fundamental con una influencia muy destacable, ya que es un elemento clave a la hora de cubrir las necesidades del paciente.

Analizada la historia de la enfermería y lo que significa el proceso de enfermería intento saber cómo y de qué manera ha evolucionado el trabajo enfermero centrándome en su proceso de atención, teniendo en cuenta que las partes que lo forman son decisivas en el cuidado del paciente y destacar a Florence Nightingale como la “arquitecta” de los orígenes de la disciplina enfermera.

## **OBJETIVOS**

En este trabajo mi objetivo principal es:

- Demostrar la influencia que tuvo el paradigma establecido por Florence Nightingale en el Proceso enfermero actual.

Y como objetivos secundarios:

- Indicar que sus ideas siguen vigentes en el Proceso de Atención de Enfermería actual.
- Señalar la importancia que tiene el uso de éste mostrando sus ventajas en todos los niveles.

## **METODOLOGIA**

El trabajo que he realizado es un trabajo descriptivo, en el que trato de describir de una forma aclarativa los objetivos que me he planteado. A la hora de buscar y extraer la información no he tenido ningún problema ya que las fuentes y los diferentes artículos encontrados han sido muy claros y explicativos referentes con mi tema expuesto.

A la hora de empezar a realizar el trabajo lo primero que he hecho ha sido buscar la información de diferentes fuentes acerca de la biografía de Florence Nightingale, su situación sociopolítica y el paradigma que establece en la práctica enfermera, consultando varias páginas científicas y bases de datos; dialnet, scielo, google academy, así como revistas sanitarias y artículos médicos; Index de Enfermería, Metas Enfermería, revistas cubanas de enfermería, revistas médicas de Chile.

Para la búsqueda acerca del sistema estadístico basado en la recogida de datos que estableció Florence Nightingale, la información conseguida no ha sido a través de su biografía sino que, al tener las dificultades mencionadas, he querido centrar la búsqueda como otro término (diagrama de área polar). Para ello la información la he podido extraer de la página de [www.datascope.be](http://www.datascope.be) y en [www.scielo.es](http://www.scielo.es)

Para la búsqueda sobre el proceso de atención enfermero, las partes que lo conforman y la importancia que tiene como un elemento fundamental en el cuidado, la información conseguida ha sido en diferentes revistas médicas encontradas en [www.revistas.um.es](http://www.revistas.um.es).

Los métodos de inclusión empleados en el trabajo han sido las diferentes fuentes (páginas, revistas y artículos mencionados anteriormente) y bases de datos (libre de pago) que me han ayudado a conseguir una información necesaria. Por otro lado como métodos de exclusión citar aquellas descripciones bibliográficas con escasa información citadas en diferentes blogs, o en otros trabajos de fin de grado presentados en otras Comunidades Autónomas y libros referidos a la historia de la enfermería que no están actualizados.

He tenido dificultades a la hora de buscar cierta información ya que no he podido encontrarlos con exactitud en artículos tan actualizados o en las diferentes bases de datos empleadas. Muchas fuentes de búsqueda sobre Florence Nightingale presentaban idéntica información y me ha resultado complicado extraer ideas y conceptos diferentes. He intentado por todos los medios conseguir fuentes actuales pero en ciertas ocasiones lo único que he encontrado han sido documentos, artículos de revistas y libros ligeramente desactualizados

Las palabras clave empleadas para la recogida de datos han sido Florence Nightingale, Proceso de atención enfermero, Historia de la Enfermería, Teorías y

Modelos de cuidados, Paradigmas enfermeros, Disciplina enfermería, Sistema estadístico de Florence Nightingale.

## DESARROLLO

La disciplina enfermera ha ido evolucionando debido a los acontecimientos y a las corrientes de pensamiento enfermero que se han ido sucediendo a lo largo de la historia. Esto ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí, la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados (10).

Para conseguir la orientación de la disciplina enfermera se fundamentaron tres paradigmas, tres corrientes de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en la práctica enfermera. Éstos son:

- El paradigma de la Categorización (1850) que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor causal eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica centrada en la enfermedad y unida fundamentalmente a la práctica médica.
- El segundo de los paradigmas, la integración (1950) que reconoce que la disciplina de enfermería es totalmente diferente de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno.
- Y por último, el tercer paradigma (1975) basado en la transformación de la disciplina enfermera desarrollando nuevas concepciones para dispensar cuidados de salud más efectivos.



Fig.4-Esquema de los paradigmas que conforman la enfermería  
 Fuente:[http://2.bp.blogspot.com/\\_n5hHnUx4ncl/S8vWWtG6tFI/AAAAAAAAA10/Jme43S-CqfA/s1600/TEORIAS+2.jpg](http://2.bp.blogspot.com/_n5hHnUx4ncl/S8vWWtG6tFI/AAAAAAAAA10/Jme43S-CqfA/s1600/TEORIAS+2.jpg)

Analizando los distintos paradigmas que han guiado la actuación de la enfermería a lo largo de la historia, encontramos que la teoría de Florence Nightingale se puede reflejar de una manera notable en relación al **Paradigma de la Categorización** (11).

Como he explicado anteriormente, en este paradigma los fenómenos son divisibles en categorías, clases o diferentes grupos bien definidos, que se consideran como elementos aislables. El desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales. Si lo aplicamos al campo de la salud adquiere una visión lineal, que se orienta hacia una búsqueda de un factor causal como base de todos sus elementos que son responsables de la enfermedad.

Dentro de este paradigma se distinguen dos orientaciones que son: la centrada en la orientación hacia **la salud pública** y la centrada en la orientación hacia **la enfermedad** unida principalmente a la práctica médica. A Nightingale se la ubica dentro de la primera orientación (salud pública) ya que está caracterizada por la utilización de principios de higiene pública, de conocimientos estadísticos comparativos y por una educación formal de formación práctica. El desarrollo de la teoría del entorno de Florence permite relacionarla con esta orientación ya que se basa en que la actividad enfermera se guíe hacia la persona y su entorno con el objetivo de recuperar y mantener la salud, prevenir las infecciones, curar las heridas, la enseñanza de múltiples modos de vida sana y control de las condiciones sanitarias.



La enfermería moderna nació a mediados del siglo XIX. Florence Nightingale fue la primera mujer que sentó unas bases firmes en la profesión de enfermería. Fundamentó el primer paradigma enfermero. Sobre el término Enfermería, Nightingale afirmó que toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo o forma, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. Su idea principal era que toda mujer debe de recibir formación para poder cuidar un enfermo y que aquellas enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Puntualizó que las enfermeras con una formación adecuada debían de ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Decía que el trabajo de las enfermeras se basaba en realizar una vigilancia continua (12).

La idea principal de Nightingale era la de “situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar sobre él” y, por ello, tuvo en cuenta varios aspectos importantes como pueden ser, la higiene de los hospitales, la de las propias enfermeras o, incluso el ruido. Fue una teoría centrada en el medioambiente, basada en la defensa de los factores naturales haciéndose ubicar hacia una tendencia ecologista y dentro de los modelos naturalistas. Su paradigma está orientado a la salud pública estableciendo la teoría del entorno y explicando los conceptos metaparadigmáticos de enfermería centrados en la persona, el entorno, la salud y el cuidado.



Fig.5-Conceptos fundamentales del metaparadigma de enfermería  
Fuente:[http://2.bp.blogspot.com/\\_n5hHnUx4ncl/S8vXOHZYG8I/AAAAAAAAAJM/wePH3RnCdP4/s1600/TEORIAS5.jpg](http://2.bp.blogspot.com/_n5hHnUx4ncl/S8vXOHZYG8I/AAAAAAAAAJM/wePH3RnCdP4/s1600/TEORIAS5.jpg)

Estos términos inciden en que:

- **La persona**, posee la capacidad de cambiar su situación, Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación, se enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo.

Ella señaló e hizo especial hincapié en que la enfermera debía de mantener el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Florence Nightingale siempre respetó a toda persona sin juzgar sus orígenes y su nivel social, aunque he podido comprobar que tuvo algún gesto que la pudo identificar de racista.

- **El entorno**, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Fitzpatrick y Wall, describen el concepto entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas tanto sanas como enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente, sino que todos se tienen en cuenta e interactúan de una manera u otra con él. Florence aconsejó a todas las enfermeras a poder crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación. Creía que los enfermos se beneficiarían mental y físicamente de las mejoras del medioambiente. Ella confirmó que las enfermeras podrían ser un instrumento muy útil para cambiar el estatus social de los pobres al poder mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas.
- **La salud**, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación. Definió la salud como aquella sensación de sentirse bien y la capacidad de poder utilizar al máximo posible todas las facultades de la persona.

Contemplaba a la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Empleó el concepto de naturaleza como un sinónimo de Dios; es decir, que era ésta la que se encargaba de decidir sobre la salud del paciente. Concebía su mantenimiento por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social.

- **El cuidado**, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud (13).

Florence Nightingale a través del razonamiento inductivo, gracias a sus observaciones y experiencias prácticas consiguió recoger diferentes ideas con las que establecería fundamentos enfermeros por ejemplo, advirtió que la enfermedad prosperaba en espacios húmedos y sucios, pudiendo prevenir o acelerar su proceso evolutivo de curación proporcionando un ambiente diferente a aquel donde se había originado. Los diferentes razonamientos que hizo sobre las condiciones del entorno siguen teniendo hoy en día en la práctica enfermera una influencia notable para el cuidado óptimo del paciente.

Podemos admitir y se ha demostrado, dándole la prioridad que ella indicaba, que la luz solar tiene efectos germicidas y permite también la fijación de vitaminas necesarias para evitar enfermedades como por ejemplo, el raquitismo. En la mayoría de las culturas antiguas a la luz se le asignó un rol divino **asociado a la sanación**. Se comenzó a emplear los rayos solares en el tratamiento de diferentes enfermedades, entre ellas la artrosis, la tuberculosis, y la psoriasis.

Aunque desde sus orígenes, el hombre ha identificado al sol como fuente de luz, calor, y vida la excesiva exposición a la radiación solar, específicamente la ultravioleta (RUV), ha sido causa de diferentes enfermedades, en especial de cáncer de piel. La entrada de la Revolución Industrial implicó un incremento en la contaminación ambiental, por lo tanto aumentaron los casos de enfermedades como las citadas anteriormente.

Conocedores de que la radiación ultravioleta (RUV) estimula la síntesis de vitamina D y así se podía evitar la presentación de este mal, la mayoría de la población buscaba exponerse al sol, pero también se hizo evidente que la excesiva exposición a la

radiación solar, específicamente a la RUV, estaba asociada con diferentes enfermedades, entre ellas el cáncer de piel, principalmente el melanoma maligno, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células basales.

Hoy conocemos, además, que la RUV se divide en radiación ultravioleta A (UVA), B (UVB) y C (UVC) y que sólo la A y B inciden en la superficie de la tierra y, por ende, en nuestra piel. La exposición prolongada a la UVB es responsable del cáncer de piel dado que penetra superficialmente en la piel afectando la epidermis en donde daña directamente el ADN celular. Por su parte, la UVA penetra más profundamente, afectando la dermis, destruyendo las fibras elásticas y colágenos y condicionando envejecimiento, inmunosupresión, reacciones fotoalérgicas, reacciones fototóxicas debidas a medicamentos y generando radicales libres que dañan el ADN celular actuando de manera sinérgica con la UVB. A pesar de todo ello no debemos de olvidar que la disminución de la capa de ozono, el efecto invernadero y el calentamiento global, aumentan la cantidad de RUV que se recibe todo el año, condicionando un aumento en la incidencia de cáncer de piel (14).

A pesar de que estamos expuestos constantemente a la radiación solar y como consecuencia de ello podemos desarrollar un cáncer de piel, Florence Nightingale **pudo confirmar que la luz natural posee propiedades que mejoran el proceso de enfermar y que, por lo tanto, mantener el entorno del paciente con una buena iluminación natural ayudará en su recuperación.**

De similar importancia, Florence indicó que la higiene tanto en el paciente, así como también en la enfermera y en el medio, **si no se tenía en cuenta se podía proporcionar de manera segura unas condiciones favorables para la generación de las infecciones** (15).

Hoy en día podemos observar una cantidad de folletos, paneles informativos acerca de la importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario, señalando que la infección se puede propagar de manera muy rápida solamente por el contacto físico de nuestras manos. Mantener una correcta higiene de nuestras manos puede salvar la propagación de nuevas infecciones.

El 5 de Mayo del 2011 se estableció una declaración de los pacientes sobre la importancia que presenta la “higiene de manos”. En ella declaraban conocer que **la**

**higiene de manos es el procedimiento más importante, seguro, sencillo, barato y eficaz para la prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).** Desde que Florence Nightingale estableció el concepto de “higiene” y con los avances científicos que se han dado en las medidas de asepsia, se ha podido comprobar que la falta de higiene de manos entre los profesionales sanitarios es el vehículo de transmisión más común de las infecciones en los centros sanitarios.

Aualmente se realizan campañas para la lucha contra la propagación de infecciones y aunque seamos un país desarrollado que posea grandes medidas de seguridad (guantes, preservativos, o mascarillas) que nos permitan tener controladas las vías de transmisión para evitar contagios las **IRAS afectan entre el 5 y el 10% de los ingresos agudos** causando un aumento de la estancia hospitalaria, incrementando los costes asistenciales y poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes. Por este motivo los pacientes piden que la higiene de manos sea una práctica habitual entre el personal sanitario que les trata y que les cuida.

En esta imagen quiero destacar los cinco momentos que el personal sanitario debe de emplear para la higiene de manos. Simplemente con este panel informativo podemos reducir de una manera muy contundente el porcentaje de infectados por el propio personal sanitario (16).

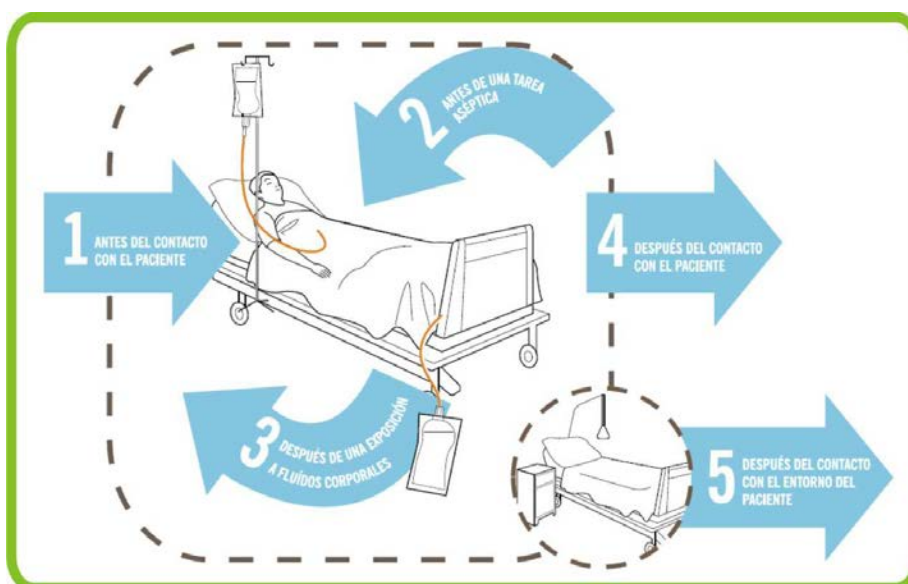


Fig.6-Los 5 momentos para la higiene de tus manos  
Fuente:<https://www.biblioteca.colegiomedico.hn/product/manual-de-procedimientos-de-enfermería-sector-cuidados-críticos/>

También, centró su atención en el ruido y expresó que el personal enfermero lo debía de controlar: **“el ruido innecesario daña la mente del paciente”**. Esta observación también es válida, no solo para ambientes hospitalarios sino también, para aquellos lugares que puedan contaminar el medio con ruidos por encima de los permitidos como aceptables. La presencia de un ruido elevado no solo va a interferir en un medio hospitalario sino que podemos observar que en cualquier entorno los decibelios están presentes por encima de lo permitido y esto repercute de forma indirecta en la salud de las personas (17).

La curación y recuperación del paciente hospitalizado no depende únicamente de la atención recibida, sino como decía Florence Nightingale de las condiciones del entorno en que se encuentra, que debe de ser lo más tranquilo posible. Según la revista *Annals of Internal Medicine* (Agosto 2012), la recuperación puede verse comprometida por causa de un factor ciertamente común en el medio hospitalario: **el ruido, que interrumpe las fases del sueño y, en consecuencia, altera la actividad cerebral y la función cardiovascular.**

El autor, Orfeu Buxton advierte que: *“los hospitales, como sucede actualmente con los entornos urbanos donde descansa la población, sufren cada vez una mayor contaminación acústica; y nuestro estudio destaca que el buen dormir resulta especialmente importante para la curación y recuperación de los pacientes hospitalizados”*

Los investigadores realizaron este estudio con la participación de **12 voluntarios sanos (adultos)**, que durmieron en un laboratorio con sonido bloqueado durante tres noches. La primera noche pudieron dormir sin ningún contratiempo pero, la segunda y tercera noche tuvieron que soportar la grabación de **14 sonidos** frecuentes en los hospitales (teléfonos, alarmas de bombas intravenosas, carros de lavandería o tráfico en la calle). El volumen de los sonidos se incrementó según avanzaban las fases del sueño y esto provocó que la probabilidad de la interrupción del sueño fuese mayor cuanto más alto era el sonido. **Los resultados mostraron que la interrupción del sueño causada por los ruidos en los hospitales alteraba la función cardiovascular** (18).



Fig.7- Profesionales sanitarios se unen para lanzar en redes sociales la campaña #sanidadSINruido

Existe una evidencia que los centros sanitarios son muy vulnerables a la contaminación acústica (carritos de equipamiento, visitas de familiares y amigos, alarmas, timbres de llamadas y sistemas de megafonías). Los grupos de pacientes crónicos y los ancianos son más sensibles a las perturbaciones, molestias que pueden llevar a un aumento de las visitas médicas y medicación que afecta también de manera importante a los presupuestos del gasto sanitario. Ya lo dijo Florence Nightingale que **mantener unos decibelios adecuados en el entorno del paciente era de vital importancia para su recuperación. A través de la observación, vio claramente los efectos negativos del ruido en sus pacientes.**

Por lo tanto como estableció Florence en su experiencia laboral, **el ruido se puede encuadrar dentro de la dimensión del confort del paciente con las infraestructuras sanitarias, junto con el nivel de limpieza, climatización y luminosidad (19).**

He podido recoger en una imagen, los diferentes problemas de salud que causan unos decibelios elevados por encima de los valores permitidos en unos entornos frecuentados habitualmente por las personas.








| Entorno  | Nivel de ruido dB(A) | Tiempo de exposición | Efecto sobre la salud      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------------|
|  EXTERIOR DE VIVIENDAS                        | 50 - 55              | 16 h                 | MOLESTIA                   |
|  INTERIOR DE VIVIENDAS                        | 35                   | 16 h                 | INTERFERENCIA COMUNICACIÓN |
|  DORMITORIOS                                  | 30                   | 8 h                  | INTERRUPCIÓN DEL SUEÑO     |
|  AULAS ESCOLARES                              | 35                   | Duración de la clase | PERTURBACIÓN COMUNICACIÓN  |
|  ÁREAS INDUSTRIALES, COMERCIALES Y DE TRÁFICO | 70                   | 24 h                 | DETERIORO AUDITIVO         |
|  MÚSICA EN AURICULARES                        | 85                   | 1 h                  | DETERIORO AUDITIVO         |
|  ACTIVIDADES DE OCIO                          | 100                  | 4 h                  | DETERIORO AUDITIVO         |

Fig.8-Efectos del ruido sobre la salud y nivel a partir del que se pueden producir  
<http://www.terra.org/categorias/articulos/como-nos-afecta-el-ruido>

Florence incluyó de similar importancia en su teoría del entorno el concepto de temperatura. Pudo elaborar un sistema para medir la temperatura del paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el medio ambiente para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

Florence Nightingale **señaló que mantener una temperatura corporal entre unos parámetros normales ayuda a reducir el proceso de enfermar**. Actualmente todos los centros sanitarios poseen sistemas de ventilación y climatización que ayudan al bienestar del paciente sano y enfermo y a regular la temperatura del entorno.

Por último y de igual manera también se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar una adecuada ingesta alimenticia, así como un horario correcto de las comidas y el efecto que tenía sobre el paciente. Ella creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir por inanición, y que las enfermeras debían de satisfacer las necesidades nutricionales del paciente (20).

Por la importancia que le dio Florence Nightingale a la alimentación he querido extraer una serie de ideas sobre la influencia que tiene la alimentación en la salud del paciente sano y enfermo. Destaco que llevar una dieta sana y correcta a lo largo de la vida



ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y sobre todo el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios, ahora se abusa mucho de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas trans y azúcares añadidos y ya no se ingiere apenas suficientes frutas, verduras y fibras dietéticas (cereales integrales).

La dieta en el paciente fue considerada para Florence Nightingale como **uno de los elementos primordiales que había que tener muy en cuenta para una correcta evolución en la enfermedad. Decía que una dieta equilibrada y correcta era necesaria para mejorar en el proceso de enfermar** y hoy en día podemos ver que cuando un paciente está ingresado también se tiene en cuenta su ingesta alimentaria así como también los elementos descritos anteriormente (la iluminación, el ruido, climatización).

Los hábitos alimentarios de las personas o de las poblaciones se van formando asociados a múltiples complejos factores como la disponibilidad, el acceso a los alimentos, el medio ecológico donde vivimos, el marco social, comunitario y familiar, el estatus económico, las tradiciones y costumbres, el desarrollo cultural y el nivel educacional, las creencias religiosas y los estilos de vida, por lo que en el siglo XIX muchas de las personas carecían de una buena alimentación por su estatus social y por lo tanto no podían tener acceso a buenos hábitos saludables, y por ello aquellas personas referentes a una clase social baja, que apenas tenían recursos, enfermaban en un porcentaje mayor que el resto.

Sin embargo, los hábitos alimentarios, a pesar de su arraigo, van cambiando y se van imponiendo otros con el progreso de las sociedades. En la actualidad, la influencia y diversidad productiva de la industria agroalimentaria, apoyada con los avances en la mercantilización, la transportación, las comunicaciones y los medios, han impuesto nuevos hábitos alimentarios en gran número de personas aunque las actitudes en las formas de alimentarnos dependen de decisiones propias que pueden tener enormes repercusiones en la salud a corto y más aún a largo plazo (21).

Por último, indicar al aire puro del entorno como otro de los elementos que Florence Nightingale **destacó para mantenerlo en condiciones óptimas y que la naturaleza**

**pueda actuar de una manera eficaz.** El aire saludable se encuentra en la atmósfera y eso para una sociedad desarrollada es un problema ya que la industria, el transporte motorizado, la generación de energía, la agricultura y el tráfico rodado son las principales fuentes de emisión de contaminantes atmosféricos. Por ello hoy en día la contaminación atmosférica sigue siendo uno de los principales escollos a los que se enfrenta la salud pública. A pesar de los progresos realizados para controlar emisiones nocivas en las últimas décadas, aún se vislumbra lejos alcanzar los valores guía recomendados (20 microgramos por metro cúbico) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una adecuada protección de la población.

La exposición constante a estos valores de contaminación (humos nocivos de industrias y automóviles) genera cada año miles de ingresos en los hospitales. Los efectos van desde síntomas menores hasta incluso la muerte, en especial por agravamiento de enfermedades respiratorias o cardiovasculares. La contaminación atmosférica es carcinógena para los humanos siendo causa específica de cáncer de pulmón. Además, se están investigando nuevos efectos producidos como el aumento del riesgo de bajo peso al nacimiento, de trastornos del espectro autista, de padecer enfermedades del sistema nervioso central o de diabetes. Niños, ancianos, enfermos crónicos y personas con bajo nivel educativo y socioeconómico son los más vulnerables como ocurría de similar manera con la ingesta alimentaria.

Florence Nightingale **siempre se preocupó por una buena ventilación en el entorno ya que mejoraría la calidad del aire y como consecuencia generaría beneficios en la salud de las personas sanas y enfermas.** Con el avance en las investigaciones y la evolución en el desarrollo científico la aplicación de medidas tecnológicas (cambios de combustibles o modernización de procesos industriales) y no tecnológicas (mejoras del servicio de transporte público que disminuyan la dependencia del vehículo privado o fomento del uso de la bicicleta) permite reducir marcadamente las emisiones contaminantes. Combinaciones de este tipo de intervenciones han logrado reducir los síntomas respiratorios y las visitas hospitalarias por asma, ahorrar muertes prematuras o aumentar la esperanza de vida, entre otros beneficios sustanciales en términos de salud pública.

En España se ha llevado a cabo un estudio (Air quality modeling and mortality impact of fine particles reduction policies in Spain, en el año 2014) con el que se ha podido estimar que la implantación de medidas de control de la polución reduciría las

concentraciones de Dióxido de Carbono en el entorno. Con ello se establecería una mínima mejora de la situación atmosférica y esto provocaría un descenso en el número de muertes causadas por enfermedades isquémicas del corazón y cerebro vasculares, cáncer de bronquios y pulmón, insuficiencia cardíaca y enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas. **El objetivo es reducir lo máximo posible los factores de riesgo y con ello mejorar la salud de la población** (22).

En el desarrollo actual de la práctica enfermera, los principios de Florence Nightingale son una necesidad primordial en la atención a las personas tanto sanas como enfermas para prolongar su nivel de salud, para evitar sus posibles complicaciones y lograr su rehabilitación. Su filosofía sobre la enfermería se centró principalmente en los cuidados del enfermo a través de los factores del medio ambiente, no obstante podemos ver que de alguna manera brindaba atención a partir de la mejora del confort, de la higiene y la alimentación como aquellos aspectos que actúan en el bienestar del hombre.

**Su teoría contiene tres relaciones** que hoy en día también tienen una influencia fundamental: entorno con paciente, enfermera con entorno y enfermera con paciente. El medio ambiente interactuando de una forma u otra sobre el paciente enfermo, la enfermera actuando mediante la observación para poder modificar el entorno siempre a favor del paciente, y en su relación de comunicación también con él, o a través de su familia o de las diferentes instituciones comunitarias, para promover la salud y prevenir las enfermedades.

Estas relaciones demuestran la atención al hombre como un ser biopsicosocial. El paradigma de Florence Nightingale ha llegado hasta nuestros tiempos con una teoría muy amplia, aplicada en sus conceptos generales por todo el personal de enfermería en la prestación de cuidados al paciente sano o enfermo, a la familia y a la comunidad. Su teoría ha ido evolucionando hasta llegar a la enfermería actual, en la que existen multitud de asociaciones que luchan por la integridad, tanto física como psíquica, de los pacientes, y una gran infinidad de medidas hospitalarias de higiene, promoción de la salud, prevención de enfermedades, etc.

Florence Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería, no solamente su práctica, era totalmente distinto del de la ciencia médica. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera y defendió la idea

de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y de su medioambiente .En la actualidad los principios de Nightingale todavía están presentes ya que los aspectos de su teoría que versan sobre el entorno continúan formando parte del actual cuidado de enfermería. Los principios sobre la formación enfermera sirvieron de modelo universal para las primeras escuelas de enfermería y que todavía se pueden observar en los actuales programas educativos. Los conceptos que Nightingale identificó han llegado a servir para la investigación moderna, lo que representa un aporte a la ciencia y a la práctica enfermera moderna (23).

Destacar de manera importantísima que la teoría que ha forjado Florence se ha utilizado para proporcionar unas directrices generales en la formación enfermera, aunque las actividades específicas ya no son relevantes, la universalidad y la atemporalidad de sus conceptos citados anteriormente (enfermera, paciente, entorno) siguen aún vigentes.

Hemos podido comprobar que las ideas y principios establecidos por Nightingale siguen estando muy presentes y de una manera muy notable en la práctica de la enfermería actual. Algunos tienen su vigencia como la manera de mantener el control del entorno del paciente, y otros han sido modificados por el desarrollo alcanzado en la investigación científica, por ejemplo las diferentes técnicas enfermeras empleadas para realizar las actividades establecidas en el Proceso de Atención, que en la actualidad son métodos que han avanzado considerablemente en el tema de la asepsia.

Se puede decir, entonces, que la enfermería que conocemos en nuestros días se debe al legado que Florence Nightingale nos ha dejado tras todos sus años de esfuerzo y trabajo. Se rebeló contra los prejuicios de su época y contra su destino de mujer que debía permanecer en el hogar y escogió la profesión de enfermera, que hasta ese momento estaba desprestigiada y se reservaba a los pobres.

Florence Nightingale estableció un paradigma, una teoría ubicada dentro de la Enfermería que sirvió como base para desarrollos posteriores en el concepto del proceso de atención de enfermería. Indicó de manera importante que con la mejora del entorno, habría beneficios físicos y mentales ya que los elementos que lo conformaban afectaban de una manera positiva o negativa a la salud de las personas. Decía siempre que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica

que contenía por lo que la higiene de manos fue algo primordial para evitar el contagio. Señaló a la enfermera como aquella que se encargaba de controlar el entorno físico protegiendo al paciente de los daños físicos y psicológicos.

Como consecuencia de la evolución del paradigma establecido por Florence Nightingale y otras corrientes y modelos, el proceso de cuidado del paciente en la práctica enfermera actual se ha convertido en una herramienta necesaria en el quehacer diario enfermero que, se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería, siendo idóneo por sus características de dinamismo, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Muestra de ello lo confirma su utilización en el área asistencial, por ejemplo en las diferentes instituciones sanitarias como medios hospitalarios o centros de salud donde ya se ha implantado el Proceso de Enfermería con el cual podemos organizar el cuidado de los pacientes registrando los diagnósticos de Enfermería que se indican, en la historia electrónica y se documentan en el plan de cuidados de Enfermería.

Así pues, es muy importante establecer un software con una plataforma con los diagnósticos, los resultados esperados de Enfermería (NOC) y las intervenciones de Enfermería (NIC) así como de las actividades a realizar, tanto para el ámbito asistencial como también y de similar importancia para el comunitario, principalmente para contribuir al registro y medición de la calidad del cuidado, de manera que se fortalezca la evidencia en el quehacer de Enfermería y los diversos aspectos derivados de la investigación.

Igualmente, es claro para la docencia que el Proceso de Enfermería es una herramienta que permite enseñar el cuidado de Enfermería en las prácticas con los estudiantes, y que éste Proceso ha sido aceptado y aprobado por los efectos positivos que produce el hecho de que se hable en el mismo lenguaje, un lenguaje totalmente homogeneizado para la práctica enfermera.

Por estas razones, se podría decir que el Proceso de Enfermería actual es un instrumento válido, ya que es producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico y medible; y, porque a través de la evaluación de sus resultados tanto en el campo asistencial como

comunitario y con la investigación, se aporta a revisar, priorizar y fortalecer la práctica del cuidado.

Como todo instrumento de trabajo desde que se fue consolidando como un método científico, dentro del Proceso se puede elaborar dos tipos de cuidados:

1.- Un Plan de **cuidados estandarizado** (P.C.E): es un instrumento que es dirigido la gran mayoría de las ocasiones a pacientes con una patología crónica. Los planes estandarizados son transferibles, se centran en “lo común” de un grupo de personas con respuestas iguales en situaciones semejantes y son confeccionados por enfermeras con amplia formación metodológica de cuidados y experiencia clínica (24).

Los requisitos establecidos para conformar un Plan de cuidados estandarizados son principalmente dos: por un lado las organizaciones sanitarias deben de asumir el hecho de que la estandarización de cuidados forma parte de la cultura de la gestión del proceso en el marco de la calidad total, y por otro lado debemos de identificar claramente el proceso a estandarizar bajo una serie de criterios que son los siguientes:

- a) Aquellos que tengan una necesidad al alta de cuidados.
- b) Aquellos fácilmente estandarizables, es decir que se pueda llegar a un acuerdo normalizado sobre los objetivos y procedimientos de enfermería que se lleven a cabo.
- c) Que la categoría de pacientes tenga una prevalencia alta.

2.- Un plan de **cuidados individualizado**: utilizado de una manera frecuente en aquellos pacientes que presenten episodios agudos. Son intransferibles y se centran en lo “individual”. Este tipo de Plan presenta una serie de fases de igual similitud al estandarizado pero la diferencia está en que el cuidado es dirigido de manera **personalizada**.

La metodología de la elaboración de un Plan de cuidados estandarizados es la misma que la de un Plan de cuidados individualizado y se basa en el Proceso de Atención de Enfermería.

La estructura de un Plan de Cuidados Estandarizados e Individualizado consta de una población diana, de unos problemas/ diagnósticos de enfermería, de unos objetivos y de unas actividades (25).

**Población diana:**

| Problemas/Diagnóstico Enfermero                       | Objetivos  | Actividades                          |
|---|--|--------------------------------------|
| Reales y Potenciales<br>( Intervención de enfermería) | Criterios de resultados a alcanzar por el paciente | ¿Qué es lo que debemos hacer y cómo? |

Tabla 1.-Estructura Plan de cuidados

**Población diana:** es la delimitación de la persona o del grupo de personas a estudiar.

**Diagnóstico enfermero:** se plantea desde el punto de vista de la enfermería como “problemas reales” relacionados con las respuestas humanas a los estados de salud que existen en un individuo o, “problemas potenciales” como riesgo que presenta un individuo para desarrollar un problema de salud.

**Objetivos:** se establecen como “criterios de resultados” a alcanzar para problemas reales y/o potenciales del usuario.

**Actividades:** se plantean como “estándares del proceso” y señalan cómo, qué y cuándo se deben de hacer.

Como he mencionado anteriormente, ambos procesos constan de similares fases que son:

- ✓ Valoración integral del paciente por parte del equipo profesional (la enfermera, mediante la observación, exploración física y entrevista, valora al paciente)
- ✓ Detección de problemas y potencialidades del usuario.
- ✓ Planificación de objetivos e intervenciones y actividades que puedan mejorar el estado físico, cognitivo y social del paciente.
- ✓ Ejecución de actividades con pautas personalizadas relacionadas con esas intervenciones.
- ✓ Ejecución de seguimiento y reformulación de objetivos en el caso de ser necesario.
- ✓ Evaluación de los resultados obtenidos y puesta en común en reuniones de equipo.

El proceso de atención o plan de cuidados tiene una serie de ventajas **para los profesionales, para los órganos gestores, para las instituciones sanitarias, para la enseñanza y para la sociedad** que nos servirán para seguir actualizándolo hasta conseguir establecer unos cuidados totalmente efectivos y de calidad (26).

Las diferentes ventajas que presenta el Proceso de Atención de Enfermería son las siguientes:

#### Ventajas del Proceso Enfermero (PE):

- El PE se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los **objetivos de la profesión enfermera** que son fundamentalmente:
  - a) Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o restablecer la salud.
  - b) Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
  - c) Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
  - d) Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

#### Ventajas para los profesionales:

1. Muestra la aportación a los cuidados de salud.
2. Ayuda a definir los conocimientos enfermeros (creación y manejo de guías de cuidados enfermeros).
3. Avala la norma praxis.
4. Facilita la toma de decisiones.
5. Facilita la comunicación y continuidad de los cuidados enfermeros.

#### Ventajas para los órganos gestores:

1. Facilita la planificación y gestión de enfermería.
2. Permite evaluar los costes de los cuidados enfermeros.
3. Facilita la evaluación de la eficacia de los cuidados enfermeros.



#### Ventajas para las instituciones sanitarias:

1. Fomenta la promoción de enfermería en el ámbito de la política sanitaria.
2. Orienta hacia la creación de nuevas líneas de investigación.
3. Permite incorporar los principios de calidad total a la organización.

#### Ventajas para la enseñanza:

1. Ayuda a los docentes a crear programas educativos basados en conocimientos de la práctica clínica.
2. Facilita la toma de decisiones a estudiantes y profesionales de reciente formación.

#### Ventajas para la sociedad:

1. Facilita la divulgación pública de los cuidados sanitarios.
2. Mejora la calidad de la profesión enfermera.

Señalar también la importancia que tuvo Florence Nightingale por su dedicación y esfuerzo para mejorar el sistema hospitalario mediante la aplicación de un análisis estadístico basado en la recogida de datos mediante una interpretación denominada “coxcomb” donde reflejaba el número de muertes de los soldados británicos en la guerra de Crimea. Por ello, hoy en día también se la considera una pionera en la aplicación de los métodos epidemiológicos y en el empleo de modelos estadísticos en salud pública (27).

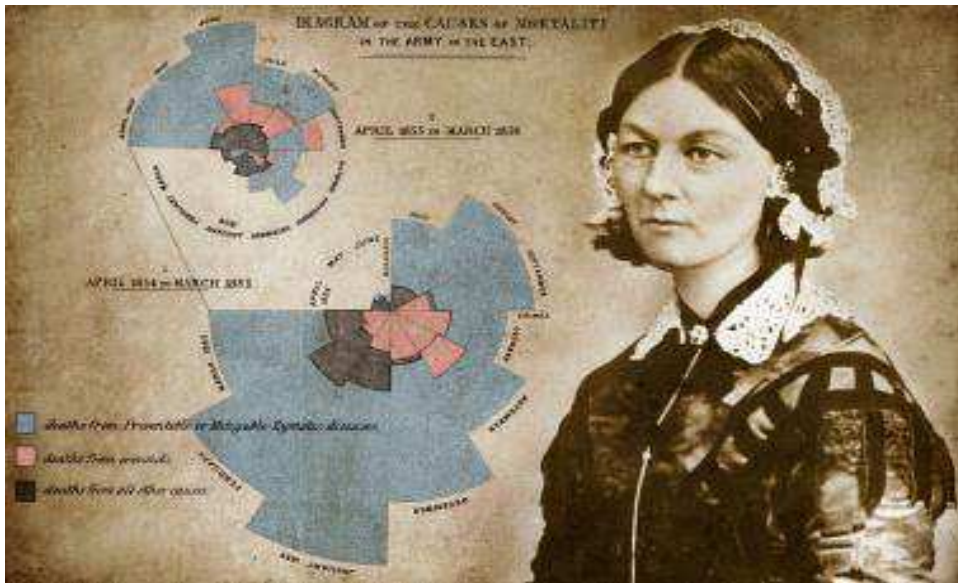


Fig.9-Sistema gráfico empleado por Florence Nightingale para representar el número de muertes en el ejército británico en la guerra de Crimea

Fuente:[http://www.cientec.or.cr/sites/default/files/styles/imagen-principal/public/articulos/florence\\_nightingale\\_fluid\\_small.jpg?itok=EEMGWtu8](http://www.cientec.or.cr/sites/default/files/styles/imagen-principal/public/articulos/florence_nightingale_fluid_small.jpg?itok=EEMGWtu8)

En este diagrama se puede comprobar las muertes por causa representadas como áreas en un círculo, siendo el número de muertes proporcional al tamaño del área. Éste fue el primer sistema basado en la estadística utilizado con el que se consiguió reducir de una manera notable una mortalidad muy elevada.

Con el paso y la evolución del tiempo se han generado nuevos sistemas estadísticos que han ayudado a estudiar diferentes casos basados en múltiples patologías que son potencializadas por alguna causa a investigar.

He recogido un ejemplo de un caso que se llevo a cabo mediante el empleo de la estadística. Está basado en una recogida de datos llevado a cabo por Atención Primaria sobre los diferentes **tipos de asma que se pueden dar dependiendo del tipo de trabajo que pueda desempeñar una persona y en el entorno donde lo realice.**

**Los criterios de inclusión** utilizados son:

Tipos de asma

| Asma ocupacional (AO)   | Asma exacerbada en el trabajo (AET)   | Asma común  |
|---|---|---|
| a) Inicio de los síntomas después de ocupar un puesto de trabajo<br>b) Asociación entre los síntomas de asma y el trabajo<br>c) Exposición en el trabajo a algún agente o proceso reconocido como responsable de AO<br>d) Inicio del asma en clara relación con una exposición aguda a altas dosis de un agente irritante en el lugar de trabajo (RADS) | Paciente con asma preexistente que tiene un aumento de los síntomas o requiere un aumento de la medicación después de ocupar un nuevo puesto de trabajo o en caso de nuevas exposiciones en su lugar de trabajo (y en el que no se dan los criterios c) y d) de AO) | Cualquier situación en la que no se cumplan criterios de AO o AET |

Tabla 2. Criterios de Inclusión

**El tipo de trabajo** desempeñado por cada empleado:

Personal laboral

| Grupo A  | Grupo B   | Grupo C  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal directivo</li> <li>• Técnicos y profesionales científicos</li> <li>• Técnicos y profesionales de soporte</li> <li>• Empleados administrativos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Dependientes de comercio y similares</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades agrarias y pesqueras</li> <li>• Construcción y metalurgia</li> <li>• Artes gráficas, textiles y alimentación</li> <li>• Operadores de instalaciones y maquinaria</li> </ul> |

Tabla 3.- Puesto de trabajo

- **Objetivo del trabajo:** *obtener la prevalencia de pacientes con AO*
- **Análisis estadístico:** *para la obtención de resultados que han sido marcados como objetivos al inicio del estudio.*

La base de datos utilizada se diseñó exclusivamente para obtener la prevalencia de pacientes con AO. Se efectuó una estadística descriptiva univariante de todas las variables recogidas, frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas, y media y desviación estándar para las variables cuantitativas, ya que éstas seguían una distribución normal.

**Se comparó la prevalencia de los diferentes tipos de asma (AO, AET, AC) en función de las características de los pacientes**, y la comparación de proporciones se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado y un análisis de la varianza. Por último **se ajustó un modelo para evaluar la asociación entre el diagnóstico del asma y las características de los pacientes asmáticos estudiados.**

Los resultados obtenidos al final del estudio fueron:

- Una elevada prevalencia de AET que es atendida por Atención Primaria, que supone una elevada carga asistencial y no contribuye a una mejora de la salud de estos pacientes dado que no cambian las condiciones que provocan o agravan su enfermedad.
- La sospecha de AO por parte de la Atención Primaria es mínima aunque se debería de plantearse con más frecuencia la sospecha diagnóstica de AO en todo paciente con inicio de síntomas sugestivos de asma en la edad adulta. **La historia clínica siempre debería de incluir datos del entorno laboral presente y pasado.**

Gracias a este caso basado en la estadística se pudo sugerir la instauración de protocolos para una mayor sospecha y detección de AET en la Atención Primaria y un mayor seguimiento por parte de las mutuas laborales para aumentar el diagnóstico y mejorar la evolución y el pronóstico de los pacientes con AO, estableciendo medidas de prevención adecuadas que ayudaran a reducir la aparición de nuevos casos.

Florence Nightingale fue una de las primeras en emplear un sistema estadístico con el que pudo reducir la mortalidad de los soldados en la guerra de Crimea. **Hoy en día podemos ver que la realización de cualquier estudio bioestadístico es**

**importantísimo para poder tomar medidas y afrontar de una manera satisfactoria la mejora de diagnósticos y evolución de los pacientes (28).**

Como la bioestadística es una ciencia que aplica el análisis estadístico a los problemas y a los objetos de estudio de la biología, quiero destacar también el término epidemiología. Según el concepto formulado por Elkin, podemos definir la epidemiología como *“la ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos”*.

Aunque presente diferentes definiciones establecidas a lo largo del tiempo, la epidemiología se basa en el estudio y descripción de la salud y de las enfermedades que se presentan en una determinada población y que son analizados por diferentes métodos entre los cuales la demografía y la bioestadística son muy importantes. La epidemiología es un término relativamente actual sin embargo su desarrollo como disciplina, con bases teóricas y procedimientos sistemáticos de estudio, se consolida a mediados del siglo XIX, junto con el nacimiento de las teorías modernas sobre la causalidad de las enfermedades (29).

## **CONCLUSIONES**

Una vez realizado el desarrollo de los objetivos del trabajo he podido comprobar que Florence Nightingale fue en su día un personaje fundamental para la imagen de la enfermería actual y sus principios.

Florence fue la primera mujer que estableció unas bases firmes en la profesión enfermera. A partir de entonces se empezaron a desarrollar numerosos fundamentos que poco a poco han conseguido llegar a la actualidad. La idea principal era la de situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar sobre él y por ello tuvo en cuenta varios aspectos importantes como puede ser la higiene de los hospitales, la de las propias enfermeras o incluso los aspectos fundamentales que constituían el medioambiente.

Sus ideas han ido evolucionando hasta llegar a la enfermería actual en la que existen multitud de asociaciones que luchan por la integridad de los enfermos y una gran infinidad de medidas hospitalaria de higiene, promoción para la salud, prevención de enfermedades etc.

Se puede decir entonces que la enfermería que conocemos hoy en día se debe al legado que Florence Nightingale nos ha dejado tras todos sus años de esfuerzo y dedicación. Se rebeló contra los prejuicios de su época y contra su destino de mujer que debía de permanecer en el hogar y escogió la profesión enfermera que hasta ese momento estaba desprestigiado y se reservaba a los pobres.

Los cimientos de la disciplina enfermera, las bases del Proceso de atención de enfermería así como también el control del sistema hospitalario, surgen en gran medida de las experiencias prácticas que tuvo a lo largo de su vida ya que, le llevaron a desarrollar diferentes técnicas simples como un sistema estadístico basado en la recogida de datos para la prevención de la mortalidad en la guerra de Crimea o el uso de la observación como medio para valorar cómo y de qué manera el entorno incidía en la salud de las personas. La mayoría de estos principios he podido confirmar que siguen vigentes en la enfermería actual aunque algunos de ellos han sido modificados por los avances científicos.

El Proceso de atención de enfermería surge como consecuencia de la evolución del paradigma de Florence Nightingale y de otros modelos. Hoy en día se ha convertido en una herramienta imprescindible para el trabajo enfermero. Con el uso de éste he podido indicar que existen una serie de ventajas tanto para el profesional como para el paciente con el objetivo principal de establecer unos cuidados de la mejor calidad posible

Señalo que, a pesar de que hayan pasado más de 100 años desde su muerte, el “espíritu” Nightingale sigue vigente en la disciplina enfermera actual. Gracias a su dedicación puedo decir que la profesión enfermera ha conseguido un prestigio muy importante aunque las condiciones sociopolíticas de aquella época no eran las más afortunadas.

A pesar de la evolución profesional, del paradigma que estableció basado en las condiciones medioambientales, hemos podido observar que ha influido notablemente en el proceso enfermero actual destacando a la observación y la recogida de datos como elementos fundamentales para establecer al paciente los mejores cuidados.

Finalizo indicando de similar importancia a Florence Nightingale como una figura a destacar en la docencia enfermera. Creo que debemos de conocer el origen de

nuestros principios profesionales. Debemos de ser conscientes de los conceptos importantes que estableció como la higiene o también el tener en cuenta las condiciones del entorno, que los tenemos presentes en la actividad enfermera y que por ello mismo siempre será la madre de la enfermería.

Al finalizar el desarrollo de los objetivos marcados en este trabajo, he podido extraer una serie de ideas, conclusiones que repercuten en mayor o en menor medida en la ciencia enfermera actual:

1. Florence Nightingale es considerada una de las **fundadoras de la enfermería**.
2. Florence Nightingale **estableció un paradigma** que sirvió para consolidar la base de la disciplina enfermera actual.
3. Florence Nightingale por su gran trabajo ha conseguido **situar a la profesión enfermera** como un trabajo digno y prestigioso.
4. Florence Nightingale entre otros, estableció una serie de ideas y fundamentos que **consolidaron el Proceso de atención de Enfermería** convirtiéndolo en un instrumento del “quehacer” diario enfermero basado en un método científico.
5. Florence Nightingale gracias a su entrega y preocupación hacia el paciente, estableció que mantener un riguroso control sobre **la higiene, la dieta, la temperatura, el ruido y la iluminación** era fundamental para afrontar la enfermedad y **el método estadístico** de análisis de datos para prevenir la mortalidad. Estos principios siguen vigentes en los medios sanitarios que sirven para la mejora en la calidad del cuidado y para su correcto control.

Desde que Florence comenzó con su trabajo los profesionales de la enfermería tienen la obligación de prestar cuidados de la máxima calidad posible, cuyo objetivo principal es conseguir el confort y un completo bienestar del paciente. La utilización de los diagnósticos de enfermería aumentará esa calidad, mejorará la comunicación entre los profesionales y ayudará a la mejora futura de necesidades específicas.

Gracias a la lucha de Florence Nightingale en la mejora de las condiciones del paciente se pudo establecer una teoría que sirvió como base para la ciencia

enfermera, un paradigma que todavía influye de manera importante en la disciplina profesional. Desde el siglo XIX sigue evolucionando este proceso, y aunque los avances científicos hayan modificado en parte estos fundamentos primarios todavía podemos observar que existen ideas de Florence Nightingale presentes en nuestra práctica enfermera.

Concluyo mencionando la cantidad de artículos encontrados en la base de datos Dialnet (91 documentos en “higiene and cuidados”, 8 documentos en “ruidos and cuidados”, y 509 documentos en “alimentación and salud”) así como en páginas con evidencia científica (www.msssi.gob.es, www.ffpaciente.enfermeriacomunitaria.org, www.who.int/mediacentre, o www.archbronconeumol.org)

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Lewis J. Florence Nightingale and Polar Area Diagrams. Speaking of graphics. Version of February 11; 2006  
Disponible en: <http://www.datascope.be/sog/SOG-Chapter5.pdf>
2. Hernándo González A. La Gestión del Cuidado. Rev Enfermería CyL. 2015 [citado 2016 Abr 15]; 7(2): 61-68.  
Disponible en:  
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/162/13>
3. Quiala M. Enfermería, formación en valores. BIOÉTICA. 2013[consultado 6 junio 2016];13 (1):20-25  
Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/revista131.html>
4. Amaro Cano María del Carmen. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Dic [citado 2016 Jun 02]; 20( 3)  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es).
5. Marriner A., Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014



6. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago [citado 2016 Jun 02]; 20(2): 1-1.  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es).
7. Young Pablo, Hortis De Smith Verónica, Chambi María C, Finn Bárbara C. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Mayo 18]; 139(6): 807-813.  
Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>.
8. Bernardes Carballo Kety, Sánchez Hernandez, Deysi Lucía, Hernandez Amaran Liset, Arcia Conil Raisal Cristina. Application of Florence Nightingale theory to an old patient suffering from bronchial asthma. Rev Ciencias Medicas [Internet]. 2012 Ago. [citado 2016 May 03]; 16(4): 3-12.  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400002&lng=es).
9. García Puig. ME. Implementación del e-learning en la enseñanza del modelo “Proceso de Atención de Enfermería” para la formación universitaria. Rev Revista de Educación a Distancia. 2014. [citado 2016 Abr 11]; (43):28 páginas.  
Disponible en: <http://revistas.um.es/red/article/view/236811/180931>
10. Ortiz –Salgado A, Araya-Cloutier J. “Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma”. Rev Enfermería en Costa Rica. 2010; 31 (1):21-25.  
Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermería/v31n1/art5.pdf>
11. Lescaille Taquechel M, Apao Díaz J, Reyes Figueroa MA, Alfonso Mora M. Eticidad del Pensamiento de Florence Nightingale. Rev Haban cienc méd [internet]. 2013 Dic. [citado 2016 May 09]; 12(4): 688-696  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000400021&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400021&lng=es).

12. Narváez-Traverso Alicia, Martínez-Galiano Juan Miguel, Pérez-Martín Blanca. Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. *Index Enferm [Internet]*. 2010 Dic [citado 2016 Jun 02]; 19(4): 299-302.  
Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300014&lng=es)
13. Galvis MA. Teorías y Modelos de Enfermería usados en la Enfermería psiquiátrica. *Rev. Cuid* 2015; 6(2): 1107-19.  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000400021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400021).
14. Sordo C, Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Rev. perú. med. exp. salud pública [online]*. 2013, vol.30, n.1 [citado 2016 May 15]; 113-117.  
Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000100021&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100021&lng=es&nrm=iso)
15. Bautista Rodríguez LM, Carrillo Leiva A, Gallardo JA, Andrea Ayala P. Implementación de la guía de aplicación de la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud para la mejora de la higiene de manos. *Rev Ciencia y Cuidado*. 2013; 10(1):28-35.
16. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad [www.msssi.gob.es.]. Madrid: Seguridad del paciente, Jornada Mundial de la higiene de manos [consultado el 2 de mayo de 2016].  
Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas11/pdf/DeclaraciónPacientesHigieneManos.pdf>
17. Perea Baena MC. El silencio en la UCI. ¿Una utopía? *Evidentia* 2006 jul-ago; 3(10).  
Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/241articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
18. Buxton OM, Ellenbogen JM et al. Sleep Disruption due to Hospital Noises: A Prospective Evaluation. *Ann Intern Med*. 2012; 157(3):170-179

Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1305530&resultClick=3>

19. La revista. [www.riojasalud.es/]. Profesionales sanitarios se unen para lanzar en redes sociales la campaña #sanidadSINruido; 2016 [consultado 31 Mayo 2016].

Disponible en: [https://mmail-files.larioja.org/u26\\_f61e6d5763fa7d298bf861ade5671452584a4216/larevista12.pdf](https://mmail-files.larioja.org/u26_f61e6d5763fa7d298bf861ade5671452584a4216/larevista12.pdf)

20. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Rev Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2013; 31(2):108-113

21. Organización Mundial de la Salud. [www.who.int/es/]. Alimentación sana; 2015. [Consultado 30 mayo 2016].

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

22. Boldo Elena, Querol Xavier. Nuevas políticas europeas de control de la calidad del aire: ¿un paso adelante para la mejora de la salud pública? Gac Sanit [Internet]. 2014 Ago [citado 2016 Jun 03]; 28(4):263-266.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112014000400001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000400001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.003>.

23. Restrepo L, Sira E, Materano J. Notas de enfermería: iniciativa Nightingale 2010. La Revista de Enfermería y Otras Ciencias de la Salud Salud Arte y Cuidado Julio 2011; 4(1):4-8

24. Sanchez V, López I. Plan de cuidados estandarizado para el paciente intervenido de artroplastia total de rodilla. Enfermería Clínica. 2004; 14 (3): 177-183

25. Alcalde-Parcés P., Vera-Remartínez E.J. Método científico y lenguaje enfermero estandarizado. Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jun 02]; 16(1): 1-2.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202014000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000100001&lng=es)

26. Moran V, Mendoza A L. Proceso de Enfermería. 1ªed. Méjico DF. Trillas S.A. de C.V; 2010

27. Cristina Paiz J, Bigolin M, Elisabete Schneider V, Lúcia N, Stedile E. Aplicación de gráficos Nightingale para la evaluación de la heterogeneidad de los residuos sanitarios en un Hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(6): 942-948

Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/es\\_0104-1169-rlae-3309-2499.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/es_0104-1169-rlae-3309-2499.pdf)

28. Vila R, Panadés R. et al. Prevalencia de asma relacionada con el trabajo y su impacto en atención primaria de salud. Arch Bronconeumol. 2015 [consultado 10 mayo 2016]; 51(9):449-55

Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/prevalencia-asma-relacionada-con-el/articulo/S0300289614003494/>

29. Alarcón J. Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. Epidemiology: concept, uses and perspectives. Rev. peru. Epidemiol. 2009 [consultado 10 mayo 2016]; 13(1): 1-3.

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13\\_n1/pdf/a02v13n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13_n1/pdf/a02v13n1.pdf)