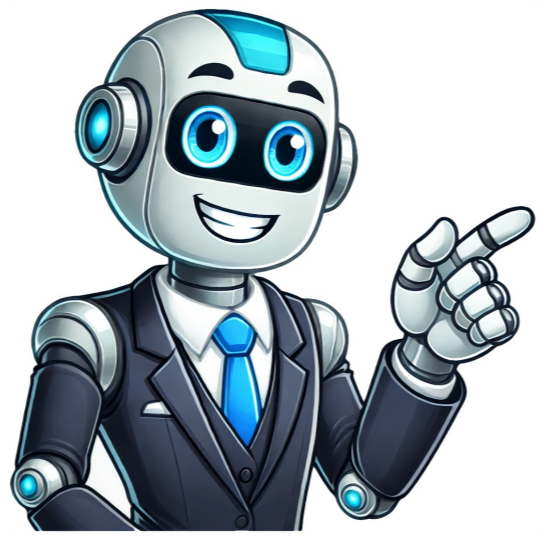


Click to verify





























te cuenten horas extras, participar en congresos y todo eso...».(E7)La autonomía obtenida por el uso del LEE es descrita a nivel teórico y a la práctica mediante esa autonomía a las entrevistas a las enfermeras que trataban de integrarla y expresaban las dificultades diarias del trabajo en una UCI, asociando la autonomía al control de tecnología como la monitorización cardiovascular, la aplicación de otras tecnologías terapéuticas como la ventilación mecánica.«Sé que es importante, pero la autonomía de la enfermera en la UCI nos da el control constante de máquinas, monitores y todo eso, no la aplicación de la NANDA o del Pate» (E7).«La relación de la enfermera con otros profesionales en la UCI se basa en su conocimiento de la tecnología que utiliza, sea ventiladores, monitorización cardiaca, o bombas de perfusión, y como estos aparatos pueden influir en la realización de otras técnicas como fisiorespiratoria, hacer un escáner, etc. Nuestra importancia está en que somos las únicas que realmente integramos todo, no el empleo de NANDA».(E14)En ocasiones las enfermeras narran que aplicar el lenguaje estandarizado, es como seguir en una dirección pero sin indicaciones claras y sin percibir resultados tangibles que apoyen esta dirección. La propia incertidumbre del camino a seguir produce un cuestionamiento de su propio trabajo.«... yo acabé hace 25 años, en aquella época te informaban de aquello como si fuera la panacea para un futuro inmediato, y hoy por hoy muchos años después no se utiliza para nada en mi trabajo».(E8)«Yo lo tengo claro, si toca manejar la NANDA, se hace, lo importante es no parar».(E1)«Trabajamos de una manera determinada...metodológica... pero no reflejamos nada al no tener un lenguaje estandarizado».(E9)DiscusiónViriv integrando 2 caras de la misma monedaLas enfermeras que participan en el estudio manifiestan que en el momento de aplicar el lenguaje estandarizado en la práctica clínica. Describen que hay una diferencia entre los planteamientos teóricos y su aplicación práctica. Estos resultados coinciden con el trabajo de González Sánchez et al.35. En sus resultados muestran como la enfermería que participa en el estudio, opina que la utilidad del plan de cuidados en la unidad es escasa o nula para el 42,9 y el 21,4%, respectivamente. En este estudio consideran dentro del plan de cuidados la aplicación de un lenguaje estandarizado NANDA, junto al NIC, NOC. Estos resultados se podrían explicar porque en la práctica clínica al utilizar LEE, adaptan los fundamentos teóricos del lenguaje estandarizado en función de sus necesidades específicas, en las que influye a) el contexto asistencial (tipo de unidad), b) el tipo de pacientes, y c) la presencia de iniciativas institucionales36, provocando diferencias en la aplicación del lenguaje entre la práctica clínica y los fundamentos teóricos37. Otra posible explicación, desde la perspectiva de las enfermeras que han participado en el estudio, es que al utilizar planes de cuidados estandarizados basados en el LEE es necesario emplear mucho mas tiempo para desarrollarlos, refieren falta de formación y además la utilización de un lenguaje específicamente enfermero provoca dificultades en la comunicación con otros profesionales que no sean enfermeras38.Mientras existen estudios que muestran que la integración del LEE dentro de una plataforma digital, mejora la calidad de registro de la documentación de enfermería, contribuye a la investigación, la educación y reduce el estrés del trabajo diario de la enfermera39, 40. Otros indican que la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una mayor evaluación, para poder determinar una relación clara entre la calidad del LEE y la clínica9.Otro dato a señalar es la opinión que las enfermeras tienen de los alumnos, pues los consideran como un puente de unión entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica. De hecho la tendencia es enseñar el LEE a los estudiantes de enfermería en la clase y en entornos clínicos (práctica hospitalaria)41. Farren41 muestra como se puede integrar el LEE para el desarrollo de competencias del estudiante, promover el pensamiento reflexivo, crítico y la individualización de los cuidados. Coincide con Doucette et al.42 que muestra como los estudiantes en la UCI durante sus prácticas les da una visión amplia de la salud y la enfermedad, y favorece la unión entre la teoría y la práctica.Es vivir una imposición conceptualLa aplicación del lenguaje estandarizado puede percibirse como una imposición desde puestos directivos y de investigación de enfermería. La aplicación de programas sin una implicación directa de las enfermeras puede influir en la aplicación de esos programas y en la calidad de los registros obtenidos43. De igual modo a) evitar el aprendizaje autodidacta de las enfermeras implicadas (en programas de integración del LEE como parte de iniciativas desde la institución); b) desarrollo de cursos específicos del uso en la práctica del LEE; y c) un apoyo académico para la implantación y evaluación de los diagnósticos de la NANDA, es crítico para obtener unos resultados medibles de la actuación de las enfermeras43. Los investigadores no hemos encontrado artículos en los que identifiquen de manera expresa una relación entre el tipo de contrato, la vinculación laboral y la aceptación voluntaria o no de integrar el LEE en las enfermeras. No obstante creemos que el tipo de contrato si puede modificar la tendencia a aplicar el LEE, y puede ser un elemento utilizado a la hora de implantar determinadas iniciativas institucionales.En la revisión para la Cochrane de Urquhart et al.44 muestran como los sistemas de registro de los planes de cuidados de enfermería, no tenían un impacto evidente en los resultados de los pacientes. Dentro de las posibles explicaciones, el autor señalaba que podían deberse a la calidad de los registros, a errores en los mismos, y a la implicación de las enfermeras en el uso de LEE. Los autores creemos que la implicación de la enfermera en la valoración y registro de datos, y revisión de la calidad de los registros es fundamental para proporcionar unos cuidados adecuados.Es vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesionalEl empleo del LEE se vive como una oportunidad de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, y de identificar un campo propio de conocimiento. Existen estudios que muestran como la aplicación del LEE en UCI se asocia a un aumento de los niveles de cualificación profesional de las enfermeras7. En cambio nuestros resultados coinciden con otros estudios que muestran como las enfermeras de UCI asocian su autonomía al manejo de la tecnología y de equipamiento tecnológico complejo, y no al uso de LEE45. De hecho Las enfermería está incrementando el uso de maquinaria y equipamiento tecnológico. Las enfermeras que manejan ese equipamiento presentan mejores oportunidades educativas asociadas al uso de esa tecnología46, 47.Los autores no hemos encontrado trabajos previos que muestren una categorización o clasificación entre las enfermeras dentro de la UCI, por manejar el LEE. Pero en cambio si existen trabajos previos que muestran que el uso de equipamiento tecnológico por las enfermeras de UCI, construye una identidad profesional asociada al manejo de esa tecnología, a diferencia de otras enfermeras que no manejan ese equipamiento complejo47. La tecnología puede ser un elemento de ayuda al desarrollo profesional permitiendo la especialización en diversas técnicas y procedimientos institucionales36, provocando diferencias en la aplicación del lenguaje entre la práctica clínica y los fundamentos teóricos37. Otra posible explicación, desde la perspectiva de las enfermeras que han participado en el estudio, es que al utilizar planes de cuidados estandarizados basados en el LEE es necesario emplear mucho mas tiempo para desarrollarlos, refieren falta de formación y además la utilización de un lenguaje específicamente enfermero provoca dificultades en la comunicación con otros profesionales que no sean enfermeras38.Mientras existen estudios que muestran que la integración del LEE dentro de una plataforma digital, mejora la calidad de registro de la documentación de enfermería, contribuye a la investigación, la educación y reduce el estrés del trabajo diario de la enfermera39, 40. Otros indican que la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una mayor evaluación, para poder determinar una relación clara entre la calidad del LEE y la clínica9.Otro dato a señalar es la opinión que las enfermeras tienen de los alumnos, pues los consideran como un puente de unión entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica. De hecho la tendencia es enseñar el LEE a los estudiantes de enfermería en la clase y en entornos clínicos (práctica hospitalaria)41. Farren41 muestra como se puede integrar el LEE para el desarrollo de competencias del estudiante, promover el pensamiento reflexivo, crítico y la individualización de los cuidados. Coincide con Doucette et al.42 que muestra como los estudiantes en la UCI durante sus prácticas les da una visión amplia de la salud y la enfermedad, y favorece la unión entre la teoría y la práctica.Es vivir una imposición conceptualLa aplicación del lenguaje estandarizado puede percibirse como una imposición desde puestos directivos y de investigación de enfermería. La aplicación de programas sin una implicación directa de las enfermeras puede influir en la aplicación de esos programas y en la calidad de los registros obtenidos43. De igual modo a) evitar el aprendizaje autodidacta de las enfermeras implicadas (en programas de integración del LEE como parte de iniciativas desde la institución); b) desarrollo de cursos específicos del uso en la práctica del LEE; y c) un apoyo académico para la implantación y evaluación de los diagnósticos de la NANDA, es crítico para obtener unos resultados medibles de la actuación de las enfermeras43. Los investigadores no hemos encontrado artículos en los que identifiquen de manera expresa una relación entre el tipo de contrato, la vinculación laboral y la aceptación voluntaria o no de integrar el LEE en las enfermeras. No obstante creemos que el tipo de contrato si puede modificar la tendencia a aplicar el LEE, y puede ser un elemento utilizado a la hora de implantar determinadas iniciativas institucionales.En la revisión para la Cochrane de Urquhart et al.44 muestran como los sistemas de registro de los planes de cuidados de enfermería, no tenían un impacto evidente en los resultados de los pacientes. Dentro de las posibles explicaciones, el autor señalaba que podían deberse a la calidad de los registros, a errores en los mismos, y a la implicación de las enfermeras en el uso de LEE. Los autores creemos que la implicación de la enfermera en la valoración y registro de datos, y revisión de la calidad de los registros es fundamental para proporcionar unos cuidados adecuados.Es vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesionalEl empleo del LEE se vive como una oportunidad de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, y de identificar un campo propio de conocimiento. Existen estudios que muestran como la aplicación del LEE en UCI se asocia a un aumento de los niveles de cualificación profesional de las enfermeras7. En cambio nuestros resultados coinciden con otros estudios que muestran como las enfermeras de UCI asocian su autonomía al manejo de la tecnología y de equipamiento tecnológico complejo, y no al uso de LEE45. De hecho Las enfermería está incrementando el uso de maquinaria y equipamiento tecnológico. Las enfermeras que manejan ese equipamiento presentan mejores oportunidades educativas asociadas al uso de esa tecnología46, 47.Los autores no hemos encontrado trabajos previos que muestren una categorización o clasificación entre las enfermeras dentro de la UCI, por manejar el LEE. Pero en cambio si existen trabajos previos que muestran que el uso de equipamiento tecnológico por las enfermeras de UCI, construye una identidad profesional asociada al manejo de esa tecnología, a diferencia de otras enfermeras que no manejan ese equipamiento complejo47. La tecnología puede ser un elemento de ayuda al desarrollo profesional permitiendo la especialización en diversas técnicas y procedimientos institucionales36, provocando diferencias en la aplicación del lenguaje entre la práctica clínica y los fundamentos teóricos37. Otra posible explicación, desde la perspectiva de las enfermeras que han participado en el estudio, es que al utilizar planes de cuidados estandarizados basados en el LEE es necesario emplear mucho mas tiempo para desarrollarlos, refieren falta de formación y además la utilización de un lenguaje específicamente enfermero provoca dificultades en la comunicación con otros profesionales que no sean enfermeras38.Mientras existen estudios que muestran que la integración del LEE dentro de una plataforma digital, mejora la calidad de registro de la documentación de enfermería, contribuye a la investigación, la educación y reduce el estrés del trabajo diario de la enfermera39, 40. Otros indican que la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una mayor evaluación, para poder determinar una relación clara entre la calidad del LEE y la clínica9.Otro dato a señalar es la opinión que las enfermeras tienen de los alumnos, pues los consideran como un puente de unión entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica. De hecho la tendencia es enseñar el LEE a los estudiantes de enfermería en la clase y en entornos clínicos (práctica hospitalaria)41. Farren41 muestra como se puede integrar el LEE para el desarrollo de competencias del estudiante, promover el pensamiento reflexivo, crítico y la individualización de los cuidados. Coincide con Doucette et al.42 que muestra como los estudiantes en la UCI durante sus prácticas les da una visión amplia de la salud y la enfermedad, y favorece la unión entre la teoría y la práctica.Es vivir una imposición conceptualLa aplicación del lenguaje estandarizado puede percibirse como una imposición desde puestos directivos y de investigación de enfermería. La aplicación de programas sin una implicación directa de las enfermeras puede influir en la aplicación de esos programas y en la calidad de los registros obtenidos43. De igual modo a) evitar el aprendizaje autodidacta de las enfermeras implicadas (en programas de integración del LEE como parte de iniciativas desde la institución); b) desarrollo de cursos específicos del uso en la práctica del LEE; y c) un apoyo académico para la implantación y evaluación de los diagnósticos de la NANDA, es crítico para obtener unos resultados medibles de la actuación de las enfermeras43. Los investigadores no hemos encontrado artículos en los que identifiquen de manera expresa una relación entre el tipo de contrato, la vinculación laboral y la aceptación voluntaria o no de integrar el LEE en las enfermeras. No obstante creemos que el tipo de contrato si puede modificar la tendencia a aplicar el LEE, y puede ser un elemento utilizado a la hora de implantar determinadas iniciativas institucionales.En la revisión para la Cochrane de Urquhart et al.44 muestran como los sistemas de registro de los planes de cuidados de enfermería, no tenían un impacto evidente en los resultados de los pacientes. Dentro de las posibles explicaciones, el autor señalaba que podían deberse a la calidad de los registros, a errores en los mismos, y a la implicación de las enfermeras en el uso de LEE. Los autores creemos que la implicación de la enfermera en la valoración y registro de datos, y revisión de la calidad de los registros es fundamental para proporcionar unos cuidados adecuados.Es vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesionalEl empleo del LEE se vive como una oportunidad de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, y de identificar un campo propio de conocimiento. Existen estudios que muestran como la aplicación del LEE en UCI se asocia a un aumento de los niveles de cualificación profesional de las enfermeras7. En cambio nuestros resultados coinciden con otros estudios que muestran como las enfermeras de UCI asocian su autonomía al manejo de la tecnología y de equipamiento tecnológico complejo, y no al uso de LEE45. De hecho Las enfermería está incrementando el uso de maquinaria y equipamiento tecnológico. Las enfermeras que manejan ese equipamiento presentan mejores oportunidades educativas asociadas al uso de esa tecnología46, 47.Los autores no hemos encontrado trabajos previos que muestren una categorización o clasificación entre las enfermeras dentro de la UCI, por manejar el LEE. Pero en cambio si existen trabajos previos que muestran que el uso de equipamiento tecnológico por las enfermeras de UCI, construye una identidad profesional asociada al manejo de esa tecnología, a diferencia de otras enfermeras que no manejan ese equipamiento complejo47. La tecnología puede ser un elemento de ayuda al desarrollo profesional permitiendo la especialización en diversas técnicas y procedimientos institucionales36, provocando diferencias en la aplicación del lenguaje entre la práctica clínica y los fundamentos teóricos37. Otra posible explicación, desde la perspectiva de las enfermeras que han participado en el estudio, es que al utilizar planes de cuidados estandarizados basados en el LEE es necesario emplear mucho mas tiempo para desarrollarlos, refieren falta de formación y además la utilización de un lenguaje específicamente enfermero provoca dificultades en la comunicación con otros profesionales que no sean enfermeras38.Mientras existen estudios que muestran que la integración del LEE dentro de una plataforma digital, mejora la calidad de registro de la documentación de enfermería, contribuye a la investigación, la educación y reduce el estrés del trabajo diario de la enfermera39, 40. Otros indican que la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una mayor evaluación, para poder determinar una relación clara entre la calidad del LEE y la clínica9.Otro dato a señalar es la opinión que las enfermeras tienen de los alumnos, pues los consideran como un puente de unión entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica. De hecho la tendencia es enseñar el LEE a los estudiantes de enfermería en la clase y en entornos clínicos (práctica hospitalaria)41. Farren41 muestra como se puede integrar el LEE para el desarrollo de competencias del estudiante, promover el pensamiento reflexivo, crítico y la individualización de los cuidados. Coincide con Doucette et al.42 que muestra como los estudiantes en la UCI durante sus prácticas les da una visión amplia de la salud y la enfermedad, y favorece la unión entre la teoría y la práctica.Es vivir una imposición conceptualLa aplicación del lenguaje estandarizado puede percibirse como una imposición desde puestos directivos y de investigación de enfermería. La aplicación de programas sin una implicación directa de las enfermeras puede influir en la aplicación de esos programas y en la calidad de los registros obtenidos43. Esta sensación es descrita como «una apuesta», no perciben una visión clara de los objetivos a conseguir, no saben si la integración del LEE en UCI es a largo plazo o solo temporal (para realizar un estudio concreto), y si los esfuerzos valdrán la pena.Este estudio presenta limitaciones dado que los resultados no pueden ser extrapolables directamente a otros contextos asistenciales16, ya que el entorno profesional y geográfico puede ser diferente, no obstante ayudan a comprender y profundizar en el significado de un fenómeno, en un grupo profesional (enfermeras), en un espacio asistencial específico (UCI), en un lugar concreto (Madrid, España). En cualquier caso los resultados pueden servir de guía para establecer nuevas preguntas de investigación, y teorías que quien otros estudios29. La investigación cualitativa permite profundizar en determinados aspectos asistenciales y ayudarnos a comprender porque los sujetos actúan de una determinada manera dentro de su contexto social23.ConclusionesEn los resultados se muestra como en las enfermeras de UCIM existe una sensación de disparidad entre lo que consideran teoría y fundamentación del LEE y su aplicación práctica en la clínica. Estos dos elementos aparecen continuamente, dando una sensación de imposición conceptual de un determinado lenguaje. Alejado de lo vivido por la enfermera en su experiencia en la práctica clínica diaria. Es de destacar como las enfermeras de las UCI perciben a los alumnos como «su» puente o nexo de unión, en cierto modo, entre la teoría impartida en la universidad (en este caso LEE) y la práctica clínica.Unido a esta experiencia aparece la percepción de creación de una categorización y jerarquía de tipo de enfermeras en función del uso del LEE. A pesar de todo el empleo del LEE es vivido como una oportunidad de desarrollo profesional, y de la disciplina. Sería necesario integrar programas globales a largo plazo del LEE en UCI, evitando iniciativas a corto plazo sin una perspectiva de continuidad. Del mismo modo es preciso desarrollar investigaciones que profundicen en los elementos que pueden condicionar la integración del LEE dentro de la UCIM. Los autores en base a los resultados concluimos que el empleo del LEE es una herramienta para llegar a un fin, no el fin en si mismo; y como toda herramienta, esta debe ser probada y mejorada en la clínica por las enfermeras que trabajan en las UCIM.Conflicto de interesesLos autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.Recibido 30 Abril 2011 Aceptado 1 Diciembre 2011 El eje 1 del diagnóstico NANDA se refiere al foco del diagnóstico, que es la parte central del diagnóstico que describe la respuesta humana del paciente ante una alteración del estado de salud. En otras palabras, el foco del diagnóstico se refiere a la razón por la cual se ha realizado el diagnóstico de enfermería. El foco del diagnóstico se describe mediante uno o más términos que se combinan para formar el nombre del diagnóstico. Estos términos describen la alteración del estado de salud que el paciente está experimentando. Algunos ejemplos de términos de foco de diagnóstico incluyen «estreñimiento», «dolor agudo», «ansiedad», «alteración del patrón de sueño» y «riesgo de infección». Es importante destacar que, aunque el foco del diagnóstico se describe mediante un término o una frase, el significado de estos términos no debe interpretarse de manera aislada. En cambio, es necesario considerar la combinación de términos en su conjunto para obtener un diagnóstico preciso y concreto. Además, es importante tener en cuenta que el foco del diagnóstico no siempre es una enfermedad o trastorno médico específico, sino que puede incluir problemas psicosociales o de salud conductual. Eje 2 de Sujetodel Diagnóstico El Eje 2 de los diagnósticos NANDA se refiere al sujeto de diagnóstico, ya sea un individuo, familia, grupo o comunidad para el cual se selecciona un diagnóstico específico. Es importante destacar que cada uno de estos sujetos presenta características particulares que influyen en la elección del diagnóstico. Individuo: En el caso del individuo, el enfoque diagnóstico se centra en la respuesta humana del paciente ante cualquier alteración en su estado de salud. La evaluación abarca no solo la condición médica del paciente, sino también sus necesidades y preocupaciones individuales. Familia: En el contexto familiar, el diagnóstico puede dirigirse hacia la respuesta humana de los miembros ante situaciones específicas. Por ejemplo, si un familiar enfrenta una enfermedad crónica, el diagnóstico podría enfocarse en el impacto emocional que esta enfermedad tiene en la familia en su totalidad. Grupo: En situaciones que involucran a un grupo, el diagnóstico se enfoca en la respuesta humana del conjunto frente a un problema de salud determinado. Tomemos como ejemplo un grupo de trabajadores de la salud expuestos a una enfermedad contagiosa; en este caso, el diagnóstico podría abordar la preocupación del grupo por su seguridad y la necesidad de medidas de protección adecuadas. Comunidad: Cuando nos referimos a la comunidad, el diagnóstico se centra en la respuesta humana de la colectividad frente a problemas de salud pública. Por ejemplo, ante un brote de una enfermedad infecciosa, el diagnóstico podría abordar la preocupación general y la necesidad de medidas preventivas y de control a nivel comunitario. Eje 3: Juicio El tercer eje en el proceso diagnóstico de enfermería NANDA, denominado «juicio» o «Término Modificador», desempeña un papel crucial al refinar y ajustar el significado del diagnóstico elegido en el Eje 1. Este eje tiene la responsabilidad de modificar o focalizar el concepto diagnóstico, indicando el grado de cambio en la respuesta humana identificada en el paciente. El término modificador seleccionado describe aspectos como el carácter, la calidad o la cantidad del diagnóstico. Dentro del eje del juicio, se utilizan términos modificadores como ineficaz, deterioro, alterado, bajo, deficiente, entre otros, para proporcionar información adicional y precisar el diagnóstico. Cada uno de estos términos añade matices importantes que contribuyen a una comprensión más detallada del problema de salud. Es esencial destacar que la elección del juicio debe ser coherente con el enfoque del diagnóstico y estar alineada con la respuesta humana que se está evaluando. La compatibilidad es crucial para garantizar la pertinencia y la precisión del diagnóstico en el contexto de la atención de enfermería. Además, se debe tener presente que el juicio puede variar según la perspectiva del profesional de enfermería que realiza la evaluación y el contexto específico en el que se desarrolla la situación de salud. Esta flexibilidad permite adaptar el juicio de manera apropiada a las circunstancias particulares del paciente, mejorando así la efectividad y la personalización de la atención de enfermería. Eje 4: Localización El cuarto eje en los diagnósticos NANDA, conocido como «Localización», se refiere a la región corporal o funcional del paciente afectada por la condición o problema de salud en cuestión. La precisión en la identificación de la localización es esencial, ya que proporciona la base para establecer objetivos y planes de cuidados específicos dirigidos a la recuperación o el manejo de la condición del paciente. En algunos casos, la localización puede ser específica, como en el caso de un dolor de cabeza (localización: cabeza), una fractura de pierna (localización: pierna), o una infección del tracto urinario (localización: tracto urinario). En otros escenarios, la localización puede ser más general, abarcando desde una debilidad generalizada (localización: cuerpo entero) hasta una enfermedad crónica que afecta varios sistemas corporales (localización: múltiples sistemas). El eje 4 también puede incorporar detalles adicionales sobre la localización, tales como si la condición afecta a una parte específica del cuerpo (por ejemplo, el lado izquierdo del cuerpo), si es unilateral o bilateral, si impacta una estructura específica dentro de una región corporal más amplia (por ejemplo, una arteria específica en el cerebro), o si influye en la función de un órgano particular. Esta información adicional contribuye a una comprensión más detallada de la naturaleza y alcance del problema de salud, facilitando así una planificación de cuidados más precisa y personalizada. Eje 5: Edad El quinto eje en los diagnósticos de enfermería NANDA, conocido como «Edad», hace referencia a la etapa de desarrollo o edad del paciente o grupo de pacientes. Este componente es esencial para la selección y priorización de diagnósticos de enfermería, así como para planificar la atención de manera precisa. La edad se categoriza en diferentes segmentos según la fase de desarrollo del paciente o grupo, que incluyen: Feto: Desde la 8ª semana de concepción hasta el nacimiento. Neonato: Menor de 28 días. Lactante: Desde los 28 días hasta 1 año de edad. Niño: Entre 1 y 9 años de edad. Adolescente: Entre los 10 y los 19 años. Adulto: Mayor de 19 años. Anciano: Mayor de 65 años. Es importante destacar que la edad no es el único factor a considerar en la atención de enfermería, ya que el estado de salud, el nivel de dependencia, la cultura, la situación social y económica, entre otros, también pueden influir en la atención de enfermería y en la selección de los diagnósticos de enfermería. Este enfoque holístico garantiza una atención integral y personalizada que aborda las necesidades específicas de cada individuo o grupo, más allá de la simple clasificación por edad. Eje 6: Tiempo El sexto eje en los diagnósticos NANDA, denominado «Tiempo», se enfoca en la duración o temporalidad de la respuesta humana identificada en el eje 1. La temporalidad se clasifica en cuatro categorías fundamentales: Agudo: Se refiere a una respuesta humana que tiene una duración inferior a tres meses. Crónico: Apunta a una respuesta humana que persiste durante más de tres meses o que es de larga duración. Intermitente: Se refiere a una respuesta humana que se presenta en intervalos periódicos. Continuo: Hace referencia a una respuesta humana que se extiende en el tiempo de manera ininterrumpida. La consideración del tiempo es crucial, ya que puede influir en la selección de intervenciones de enfermería específicas. Por ejemplo, en el caso de un paciente con dolor crónico, las intervenciones podrían incluir el uso de analgésicos de acción prolongada y técnicas de manejo del dolor a largo plazo. En contraste, si un paciente experimenta dolor agudo, las intervenciones pueden abarcar analgésicos de acción rápida y técnicas de alivio del dolor a corto plazo. Este enfoque temporal no solo orienta las intervenciones, sino que también contribuye a una planificación de cuidados más precisa y adaptada a las necesidades cambiantes del paciente a lo largo del tiempo. Eje 7: Tipo de diagnóstico El séptimo eje en los diagnósticos de enfermería NANDA, conocido como «Tipos de Diagnóstico», se refiere a la naturaleza específica del diagnóstico que se está llevando a cabo. Existen tres tipos principales de diagnósticos de enfermería: Diagnóstico Real: Describen una respuesta humana existente en el momento de la evaluación. Este tipo de diagnóstico se enfoca en las respuestas presentes del paciente ante un problema de salud identificado. Diagnóstico de Riesgo: Describen una respuesta humana que es probable que surja en un individuo, familia o comunidad en un futuro cercano. Este tipo de diagnóstico se centra en la prevención de problemas de salud, identificando factores de riesgo que pueden ser modificados o controlados. Diagnóstico de Promoción de la Salud: Describen una respuesta humana que indica la capacidad de una persona, familia o comunidad para mejorar su estado de salud. Este tipo de diagnóstico se concentra en identificar factores que pueden mejorar el estado de salud, como la adopción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades. Si quieres saber más sobre los principales tipos de diagnóstico y otras clasificaciones, echa un vistazo al artículo sobre Tipos de diagnóstico.