

00 921  
170



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA  
APLICADO A UN ADULTO MAYOR A TRAVES DE LA  
TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A  
LIZETH VILLALBA SOTO

No. CTA: 9535775-9



DIRECTOR DE TRABAJO: L.E.O. LETICIA HERNANDEZ RODRIGUEZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.



SECRETARIA DE ASASORIA JURIDICA

2003

a



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Envío a la Dirección General de  
JNAM a difundir en formato electrón.  
contenido de mi trabajo

NOMBRE: Lizeth  
Villalba Soto.

FECHA: 12 - Mayo - 2003

FIRMA: LIZETHVS

b

## DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

**Ismael Villalba Cota  
Consuelo Soto Jacobo**

Con mucho cariño, agradecimiento y respeto ya que me han proporcionado la ayuda y el apoyo que he necesitado para concluir con éxito mis estudios, además de que son y seguirán siendo un estímulo para alcanzar mi preparación profesional.

A MIS HERMANOS:

**Consuelo Villalba Soto  
Ismael Villalba Soto**

Muchas gracias por darme el apoyo cuando lo necesité.

A MIS ABUELAS:

**Bertha Cota Retes**

Con todo mi cariño y agradecimiento por su colaboración en la realización de este trabajo y por ser un estímulo permanente para seguir adelante con mis estudios.

**Consuelo Jacobo López**

Con mucho cariño y respeto.

A MI TIO:

**Jesús Villalba Cota**

Con mi más sincero agradecimiento ya que me proporcionó los medios necesarios para realizar con éxito el servicio social.

c

A MI MAESTRA:

**L.E.O. Leticia Hernández Rodríguez**

Con todo mi agradecimiento y gratitud por haberme dirigido éste trabajo.

A mis amigos y maestros que me acompañaron en toda la carrera con todo mi cariño y agradecimiento ya que me proporcionaron el apoyo y me ayudaron a adquirir la seguridad que se necesita para realizar con éxito ésta profesión.

## INDICE

Introducción	3
Objetivos	4
I. Metodología	5
II. Marco Teórico	
1. Enfermería	6
2. Proceso de Atención de Enfermería	8
3. Teorías y Modelos de Enfermería	12
4. Teoría del Déficit de Autocuidado	14
5. El envejecimiento y la osteoporosis	28
III. Valoración de enfermería.	33
Presentación del caso	33
Historia Clínica	34
IV. Plan de Cuidados	37
V. Conclusiones	47
VI. Bibliografía	48

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso gradual que conduce a la disminución en las funciones vitales del organismo, así como su capacidad de adaptación ante situaciones de estrés que trae como consecuencia la pérdida en forma paulatina de independencia del adulto en plenitud. Esta disminución de funciones del organismo conlleva a una respuesta diferente ante la enfermedad, la cual se traduce en una mayor vulnerabilidad e incidencia de padecimientos crónicos degenerativos.

El papel de enfermería en la atención del adulto mayor debe estar encaminado al logro de su independencia, se debe evitar que todo el control y el poder de decisión quede en manos de los familiares, las personas que prestan un servicio de salud o cuidadores no profesionales, con el objeto de no generar dependencia de éste adulto mayor, lo que permitirá que el individuo en esta etapa de la vida sea independiente para satisfacer sus necesidades básicas.

El presente trabajo expone el caso clínico de un adulto mayor con alteración ósea por osteoporosis que a consecuencia de ésta, su independencia ha disminuido en cuanto a la realización de diversas tareas como la deambulacion e higiene personal. Se desarrolla un Proceso de Atención de Enfermería a través del modelo de autocuidado de Dorothea Orem con el propósito de brindar cuidados independientes y de colaboración con el propio usuario y familia.

## OBJETIVOS

### General.

Desarrollar un Proceso de Atención de enfermería dirigido a un adulto mayor con alteración a la salud por osteoporosis proporcionando cuidados de enfermería eficientes y eficaces para la recuperación de su independencia basándose en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem.

### Particulares.

- ❑ Desarrollar una adecuada valoración de enfermería que permita la identificación del grado de satisfacción de la usuaria de los requisitos universales.
- ❑ Planear y ejecutar intervenciones de enfermería independientes y de colaboración con la familia que permita a la usuaria poder satisfacer los requisitos universales.
- ❑ Evaluar los cuidados de enfermería establecidos a través de la adquisición de conductas saludables de autocuidado en lo relacionado a la satisfacción de los requisitos universales.

## METODOLOGÍA

El Proceso de Atención de Enfermería se desarrollará a través de las etapas que conforman dicho proceso por medio del modelo de autocuidado de Dorothea Orem, para ello se utilizará un instrumento de valoración que es la historia clínica.

Se estará interviniendo con el adulto mayor y su familia en forma constante, estableciendo cuidados de enfermería independientes y de colaboración de acuerdo a la valoración y evaluación continua.

## MARCO TEORICO

### 1. ENFERMERÍA.

El término enfermería se deriva del latín *infirmitas*, cuyo significado es enfermedad. Este origen ha influido en algunas descripciones de la enfermería, pero hasta la fecha no se ha logrado una definición satisfactoria de ésta disciplina. Sin embargo, existe la opinión de que se puede considerar a la enfermería como un arte porque influye capacidades que requieren capacidad y destreza, y a la vez una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos.

La enfermería actual posee ciertas características:

- Atención, cualidad que le ha sido propia desde sus comienzos.
- Entraña un estrecho contacto personal con quien recibe los cuidados.
- Brinda servicios considerando que los seres humanos son organismos fisiológicos, psicológicos y sociales.
- Es una disciplina comprometida a la prestación de servicios personalizados para cualquier persona sin importar a que grupo étnico pertenezcan, religión o posición socioeconómica.
- Compromiso de fomentar de la mejor manera los objetivos de salud individuales, familiares, comunitarios y nacionales.
- Compromiso de participar en los aspectos étnicos, jurídico y político de la atención de la salud.

La enfermería ha evolucionado para satisfacer las necesidades cambiantes de la sociedad. Las tendencias y prácticas actuales de la enfermería están sujetas a la influencia de los hechos históricos, por lo que la enfermera debe conocer los principales acontecimientos y circunstancias que han dejado huella en ésta disciplina<sup>1</sup>.

La enfermería tiene su origen formal en la Edad Media, en donde los cuidados eran brindados por miembros de ordenes religiosas, de lo cual resultó que se considerará a la enfermería como una tarea propia de religiosos.

La civilización occidental cambió su actitud fundamental, centrada en la religión, a principios del siglo XVI, fue en ésta época cuando se cerraron numerosos monasterios y conventos, donde los religiosos brindaban cuidados de enfermería, pero pronto resultaron insuficientes tales cuidados; a fin de satisfacer ésta carencia, se condonó la sentencia de encarcelamiento a las mujeres que se dedicaban a la enfermería. En aquel entonces, las mujeres respetables no trabajaban fuera del hogar, y era común que se considerara a la enfermera como

---

<sup>1</sup> L. Wolf, *Curso de Enfermería moderna*, p. 5

miembros poco deseables de la sociedad. Este es el origen de una actitud que se mantuvo durante largo tiempo.

Las reformas sociales ocurridas desde mediados del siglo XVIII hasta principios del siglo XIX modificaron la función de las enfermeras y de las mujeres en general. Se hicieron esfuerzos para capacitar a las enfermeras, aunque los programas educativos fueron escasos e inadecuados, por lo que era necesario que alguien asumiera el liderazgo en cuanto a los servicios de enfermería y los estudios correspondientes.

Florence Nightingale respondió a ésta necesidad proporcionando directrices a la enfermería, la cual definió como "la actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación". Según ella, un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud. Considerada como la primera enfermera teórica, Nightingale elevó la enfermería al status de profesión.

Posteriormente a Nightingale, una de las primeras enfermeras que definieron la profesión en 1960 fue Virginia Henderson estableciendo: "La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible"<sup>2</sup>.

La enfermería tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar del cliente, se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, y no solo del proceso médico diagnosticado<sup>3</sup>.

A comienzos de los años 60s se empieza a precisar el concepto de "bases científicas" para los cuidados de enfermería. La aclaración de los principios científicos, así como los trámites de resolución de los problemas, hace que algunas enfermeras universitarias propaguen un enfoque de los cuidados de enfermería a partir de la recopilación de problemas<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> B.Kozier, *Enfermería Fundamental*, Tomo 1, p. 3

<sup>3</sup> P. W. Iyer, *Proceso y diagnóstico de enfermería*, P. 2

<sup>4</sup> M.F. Colliere, *Promover la vida*, p. 211

## 2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Existen varios planteamientos para resolver problemas, entre estos se encuentra el método científico el cual se define como un planteamiento lógico y sistemático para la resolución de éstos<sup>5</sup>.

Al contar con un método que será su herramienta en el quehacer cotidiano de su ejercicio, la enfermera podrá brindar atención oportuna y de calidad llevando así sus conocimientos a situaciones reales que contribuyen a la salud del usuario dejando de ser una simple hacedora de técnicas para convertirse en una hacedora profesional.

Esta herramienta es el Proceso de Atención de Enfermería, el cual se considera como proceso a la serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas. El Proceso es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica<sup>6</sup>.

El Proceso de Atención de Enfermería está organizado en cinco fases:

1.- Valoración. Es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de la información relacionada con el cliente, el sistema cliente-familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería<sup>7</sup>.

La valoración implica la participación activa del cliente y la enfermera, entendiendo que el cliente puede ser un individuo, una familia o la comunidad. Ambos comienzan una relación con un conocimiento y una experiencia previa que van a influir tanto en sus percepciones como en sus interpretaciones<sup>8</sup>.

2.- Diagnóstico. Durante ésta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un

---

<sup>5</sup> B. Kozier. *Op cit.*. Tomo 1. p. 82

<sup>6</sup> *Ibid.* P. 181

<sup>7</sup> P. W. Iyer. *Op cit.*, p. 12

<sup>8</sup> B. Kozier. *Op cit.* Tomo 1. p. 191

foco central para el resto de las fases. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente<sup>9</sup>.

El diagnóstico de enfermería describe: a) un problema de salud real (desviación del nivel habitual); b) un problema de salud potencial (presencia de factores de riesgo y predisposición); y c) área de enriquecimiento en el desarrollo personal.

El proceso de diagnóstico tiene tres fases principales:

a.- Procesamiento de datos: Consiste en recopilar los datos recogidos e implica la organización de éstos, posteriormente la enfermera compara éstos datos con una gran variedad de estándares, como los signos vitales normales, los valores de laboratorio o las tablas de crecimiento, se lleva a cabo la agrupación de los datos y se examinan para determinar si éstos representan incidentes aislados, y si los datos son significativos.

b.- Determinación del nivel de salud del cliente: Una vez que los datos se procesan, la enfermera y el cliente identifican el nivel de salud de éste en forma conjunta. Mientras que la enfermera realiza las fases anteriores, identifica algunos problemas. Sin embargo, para que los problemas (actuales o potenciales) se solucionen, deben ser aceptados por el cliente. Por el contrario, la enfermera determina si las necesidades de ayuda del cliente son acordes al problema.

c.- Formulación del diagnóstico: La enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser tanto ambientales como sociológicos, fisiológicos, psicológicos o espirituales, teniendo en cuenta que un problema de salud está relacionado con más de un factor. Para realizar un plan de cuidados adecuado a las necesidades del cliente, en ésta formulación se deben incluir los factores causales<sup>10</sup>.

3.- Planificación. En ésta fase, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Las etapas de la fase de planificación del Proceso de Atención de Enfermería son: (1) establecimiento de prioridades, (2) desarrollo de los objetivos, (3) designación de las intervenciones de enfermería y (4) documentación. Una vez establecidos las prioridades y desarrollados los objetivos comienzan las siguientes etapas de planificación.

---

<sup>9</sup> P.W. Iyer, *Op cit.*, p. 12

<sup>10</sup> B. Kozier, *Op cit.* Tomo 1 p.p. 209-214

El establecimiento de prioridades es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias, donde tanto la enfermera como el cliente ordenan los diagnósticos de enfermería por orden de importancia.

La segunda etapa consiste en el desarrollo de los objetivos, donde un objetivo es un resultado o cambio deseado en la conducta del cliente dirigido a la salud, el logro de éstos refleja la resolución de la preocupación o problema de salud del cliente que se especifica en el diagnóstico de enfermería. El diagnóstico de enfermería guía el tipo de enunciado de los objetivos, los cuales pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud<sup>11</sup>.

La tercera etapa consiste en elaborar intervenciones de enfermería que describan como ayudará el profesional de enfermería al cliente para que éste consiga los objetivos propuestos. Estas intervenciones se basan en la información obtenida durante la valoración y las posteriores interacciones del profesional de enfermería con el cliente y la familia<sup>12</sup>.

Las intervenciones de enfermería se clasifican en:

- Dependientes: Son las actividades que la enfermera (o) desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas<sup>13</sup>.
- Interdependientes o de colaboración: Son las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos, médicos y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico, de igual manera al brindar cuidados de enfermería es importante involucrar a la familia del cliente a participar en forma activa en las diversas acciones encaminadas a la recuperación de la salud de éste.
- Independientes: Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidos por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

La cuarta etapa de planificación, corresponde a la documentación la cual consiste en la comunicación del plan de cuidados por escrito a los otros miembros de enfermería<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Idem. p. 227-228

<sup>12</sup> P.W. Iyer. *Op cit* p. 185

<sup>13</sup> M.J. García González. *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. P. 9

<sup>14</sup> P.W. Iyer. *Op cit*. p. 187

4.- Ejecución. Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Las actuaciones pueden ser llevados a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familia, teniendo como base el plan de cuidados. La ejecución también incluye el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de la enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

5.- Evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería<sup>15</sup>.

La enfermera (o) al utilizar el Proceso de Atención de Enfermería no debe guiarse por respuestas estándar, sino aplicar sus capacidades para resolver problemas, la creatividad, el pensamiento crítico y habilidad para cuidar a los clientes. Se puede llevar a cabo en situaciones muy diversas, con personas de todas las edades, grupos y comunidades.

El Proceso de Atención de Enfermería es también interpersonal, ya que para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería, la enfermera (o) y el cliente tienen que compartir inquietudes y problemas, y participar en la evaluación continua del plan de cuidados. El éxito del Proceso de Atención de Enfermería depende de una comunicación abierta e intencionada y del desarrollo de una relación entre el cliente y la enfermera (o)<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Ibid. P. 13

<sup>16</sup> B. Kozier, *Op cit.*. Tomo I p. 185

### 3. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA.

Como se mencionó anteriormente, la constitución de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos.

En el pasado, la profesión de enfermería adaptó teorías de otras disciplinas, tales como medicina, psicología y sociología, como base para la práctica, sin embargo, para que la enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su propio cuerpo de conocimientos los cuales pueden ser expresados como modelos y teorías.

Los modelos y teorías de enfermería proporcionan información sobre: (1) las definiciones de la enfermería; (2) los principios que forman la base para la práctica y (3) las metas y funciones de la enfermería.

Los modelos y teorías de enfermería están basados en el **metaparadigma enfermero**.

Un metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión y tiene las siguientes características:

- a. Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales.
- b. Orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

El metaparadigma enfermero surgió de la necesidad de definir la disciplina enfermera, por medio de los fenómenos que conforman éste y son: la persona, el entorno, la salud y el cuidado los cuales tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

1. **Persona:** Se refiere al receptor de los cuidados de enfermería que incluye los componentes físicos, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad
2. **Entorno:** Son todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.
3. **Salud:** Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.
4. **Enfermería:** Son las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.

La implementación de un modelo conceptual es una forma de enfocar una disciplina de manera inequívoca, que incluye un lenguaje común y comunicable a otros. Aunque la mayoría de las enfermeras tiene una idea muy clara de su profesión es necesario que quede bien definida de cara a otros profesionales de salud y al público.

Un modelo conceptual describe un conjunto de ideas que están conectadas para ilustrar un concepto más general y amplio e intenta describir, explicar y en

ocasiones, predecir las relaciones entre los fenómenos. Proporcionan un marco organizado para la valoración, planificación, ejecución y evaluación de enfermería.

Una teoría es una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos de forma predictiva y explicativa. Son verificados y validados a través de la investigación, su objetivo es generar conocimientos en un determinado campo<sup>17</sup>.

Las teorías de la enfermería tienen varios propósitos esenciales:

- Generar conocimientos que faciliten mejorar la práctica.
- Organizar la información en sistemas lógicos.
- Descubrir agujeros de conocimientos en el campo específico de estudio.
- Aportar una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería.
- Desarrollar una manera organizada de estudiar la enfermería.
- Guiar la investigación en la enfermería para ampliar los conocimientos<sup>18</sup>.

Hoy en día se siguen desarrollando las teorías de enfermería, ya que no se ha llegado a un consenso sobre su naturaleza y estructura. Cada teoría recibe el nombre de la persona o grupo de personas que la han desarrollado y refleja sus ideas.

Los grandes teóricos, Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman y King desarrollaron modelos conceptuales que más tarde contribuyeron directamente al desarrollo de las teorías.

---

<sup>17</sup> R.L. Wesley, *Teorías y modelos de enfermería*. p.p. 2-4

<sup>18</sup> B. Kozier, *Op cit.* p. 62

### 3. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

#### Antecedentes.

Dorotea Orem inició su carrera como enfermera a comienzos de la década de 1930, después de obtener su diploma en la Escuela de Enfermería de Providence Hospital de Washington D.C.

En 1945 obtuvo un Master of Science en docencia por la Universidad Católica de América. En 1976 fue galardonada por un doctorado honorífico en ciencias por la Georgetown University, en Washington D.C.

Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la enfermería hospitalaria y la docencia.

En 1957 se trasladó a Washington D.C. trabajando como consultora para planes de estudio de la oficina de Educación del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar (HEW). Durante ésta etapa comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación y elabora un proyecto para elevar la formación de las enfermeras no tituladas, por lo que llevó a plantearse la pregunta de ¿cuál es la materia de enfermería? a partir de éste momento comenzó su trabajo sobre la teoría del autocuidado<sup>19</sup>.

El objetivo del modelo de autocuidado es el logro de una óptima autoasistencia al usuario para que éste pueda lograr y mantener un óptimo estado de salud, entendiéndose como usuario a la unidad que puede contemplarse biológica, simbólica y socialmente, y que inicia y pone en práctica las actividades de autocuidado sobre la propia conducta para mantener vida, salud y bienestar.

El rol de la enfermera en el modelo de Orem es facilitar la ayuda necesaria en el desarrollo del usuario hasta que éste consiga un nivel óptimo de autocuidado<sup>20</sup>.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: (1) la teoría del autocuidado describe y explica el autocuidado; (2) la teoría del déficit de autocuidado describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas y (3) la teoría de los sistemas de enfermería describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> A. Marriner-Tomey, *Modelos y teorías de enfermería*. p. 181

<sup>20</sup> B. Kozier, *Op cit.* p. 68

<sup>21</sup> A. Marriner-Tomey, *Op cit.* p. 182

## **Naturaleza del autocuidado.**

Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Como parte central del concepto de autocuidado está la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos, sin embargo, no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar decisiones, de hecho se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado<sup>22</sup>.

## **Requisitos de autocuidado.**

Orem ha identificado y descrito 8 actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas "requisitos de autocuidado universal". El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Los 8 requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

---

<sup>22</sup> S. Cavanagh, *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. p. 5

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo, sin embargo, estos 8 requisitos no deberían considerarse aisladamente, ya que interactúan entre sí.

#### **Requisitos de autocuidado del desarrollo.**

Además de los requisitos de autocuidado universal, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos asociados con el desarrollo humano. Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican en dos:

a) Etapas específicas del desarrollo: Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo. En tales etapas debe prestarse consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas del desarrollo específicas incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

b) Condiciones que afectan al desarrollo humano: El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que afecten adversamente el desarrollo humano, éste tiene dos subtipos:

- El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos de éstas condiciones adversas: los efectos incluyen la provisión de descanso y nutrición adecuados durante el embarazo.
- El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes o potenciales de una condición o acontecimiento vital particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de éstas condiciones sobre el desarrollo humano. Las condiciones relevantes incluyen:

- 1.- Deprivación educacional.
- 2.- Problemas de adaptación social.
- 3.- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- 4.- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- 5.- Cambio súbito en las condiciones de vida.
- 6.- Cambio de posición.
- 7.- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- 8.- Enfermedad terminal o muerte esperada.
- 9.- Peligros ambientales.

Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.

### **Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.**

Estos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo éstas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos.
- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas.
- Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico.
- Modificación del autoconcepto aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

La principal premisa de los requisitos de cuidados en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requiere que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes<sup>23</sup>.

### **Demanda de autocuidado terapéutico.**

Son aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos e implica la utilización de acciones para mantener la

---

<sup>23</sup> Ibid. p.p. 6-11

salud y el bienestar; cada una de las demandas de autocuidado terapéutico del individuo varía durante su vida.

La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción de éste, en términos de su desarrollo, estructura y función<sup>24</sup>.

### **Agencia de autocuidado.**

Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera *agentes de autocuidado*. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de *agencia de autocuidado*.

En la persona sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Se considera que los individuos que saben como satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado<sup>25</sup>.

### **Agencia de cuidado dependiente.**

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. En esencia es la habilidad compleja, adquirida, de las personas maduras o en proceso de maduración para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas, adolescentes o niños que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud.

Los agentes de cuidado dependiente pueden trabajar en estrecha asociación con el médico de las personas a las que ayudan o cuidan. Pueden contribuir a un sistema continuado de enfermería, o trabajar con la consulta y supervisión de las enfermeras.

El desarrollo de la agencia de cuidado dependiente por los individuos, generalmente es una respuesta a las necesidades de los miembros de la familia o amigos para ayudarles en su continuo autocuidado. La agencia de cuidado dependiente se desarrolla para satisfacer las necesidades conocidas existentes y a veces, en proceso de aparición de las personas a las que hay que ayudar o cuidar<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> R.L. Wesley, *Op cit.* p. 82

<sup>25</sup> J. Cavanagh, *Op cit.*, p. 17

<sup>26</sup> D. Orem, *Modelo de Orem. Concepto de enfermería en la práctica.* p.p. 196-197

## Limitaciones de autocuidado

Las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber, valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de autodirigirse en sus ambientes. Las habilidades de autocuidado son expresiones de lo que las personas han aprendido a hacer y saben hacer en la fase de investigación y toma de decisiones del autocuidado, y en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambientales. Las limitaciones de autocuidado son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes.

Se han identificado tres clases de restricciones: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.

Las *limitaciones del conocimiento* sobre el propio funcionamiento, sobre la necesidad de autocuidado y de las operaciones mediante las cuales se consigue el autocuidado, están asociadas con las experiencias anteriores de los individuos y con lo que está experimentando en el presente. Algunas de las condiciones y factores asociados con las limitaciones del conocimiento se identifican en tres grupos: el primer grupo indica ausencia o falta del conocimiento requerido; el segundo grupo indica limitaciones para el conocimiento de las limitaciones ambientales y para el conocimiento de uno mismo y del entorno; y el tercer grupo indica limitaciones psíquicas y cognitivas para el desarrollo de reflexiones sobre las situaciones, para la búsqueda y adquisición de nuevos conocimientos.

Las *limitaciones para formular juicios y tomar decisiones* sobre los componentes de una demanda de autocuidado terapéutico o sobre la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado están asociadas con la visión que los individuos tienen de sí mismos, sus hábitos de investigación y reflexiones antes de tomar decisiones sobre la acción a emprender, sus deseos de emprender la acción que sea apropiada y beneficiosa y el requisito de conocimientos y habilidades que tengan.

Las *limitaciones para ocuparse en cursos de acción para el logro de resultados* dentro de las fases del autocuidado de investigación y producción, están asociadas con estados humanos funcionales a causa de incapacidades físicas, psicológicas o emocionales y con condiciones de vida del individuo<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Ibid. p.p. 190-193

## **Déficit de autocuidado.**

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismos o en su entorno. Sin embargo, puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En tal situación, la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado; ésta ayuda puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Los déficits de autocuidado son una forma de describir la relación entre capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se le hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños y adultos que dependen de ellos. El "déficit" debe contemplarse como la relación de las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos<sup>28</sup>.

La presencia de algunas de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia patente de que existe un déficit de autocuidado:

1. Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o clara falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
2. Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
3. Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.
4. Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimientos y de familiaridad con las condiciones internas y externas.
5. Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
6. Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia<sup>29</sup>.

## **Naturaleza de la acción de la enfermería.**

El trabajo de Orem es importante porque intenta establecer los límites de la acción de enfermería: ¿Cuándo se requieren cuidados de enfermería y cuándo pueden cesar?

---

<sup>28</sup> J. Cavanagh. *Op cit.*, p. 13

<sup>29</sup> D. Orem. *Op cit.* p. 194

La definición del paciente que Orem propone desde una perspectiva de enfermería, requiere tres condiciones para darse:

- a. Debe haber alguna demanda de autocuidado (universal, del desarrollo, o de la desviación de la salud) que se ha de satisfacer por otra persona.
- b. Algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente. Debe haber algún deseo, por parte del individuo de llegar a cuidarse a sí mismo, o una expectativa de que tras las intervenciones médicas y de enfermería apropiadas, el individuo podrá adoptar algunas conductas para el cuidado de sí mismo.
- c. Debe existir un déficit de relación entre las demandas de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas.

Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías:

1. Actuar por otros y hacer algo por otros.
2. Guiar y dirigir a otros.
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
5. Enseñar<sup>30</sup>.

### **La teoría del autocuidado y su relación con el proceso de enfermería.**

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y, al igual que otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica. La traducción se logra usando el proceso de enfermería.

Orem contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en *operaciones interpersonales y sociales* y *operaciones tecnológico-profesionales*.

#### Operaciones interpersonales y sociales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular, las enfermeras deberían:

- Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
- Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.

---

<sup>30</sup> J. Cavanagh, *Op cit.* p.p. 19-20

- Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de enfermería con los pacientes.

### Operaciones tecnológico- profesionales.

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como *diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos*. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería) continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

La realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

### **Diagnóstico de Enfermería.**

El diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

El diagnóstico de enfermería aborda dos puntos:

1. Determinar las demandas de autocuidado presentes y futuras del individuo de la siguiente manera:

- Examinar cada requisito de autocuidado.
- Identificar los efectos de la interacción entre los requisitos.
- Identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado.

2. Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo puede ponerse en practica de la siguiente manera:

- Identificar y describir las capacidades de autocuidado.
- Identificar y describir las limitaciones.
- Determinar si el paciente tiene un déficit de autocuidado.
- Determinar los conocimientos del paciente, sus aptitudes y sus deseos de satisfacer las necesidades de autocuidado.

- ❑ Juzgar lo que el paciente puede hacer, lo que no puede hacer y lo que debería hacer para satisfacer las demandas de autocuidado existentes actualmente y en el futuro.
- ❑ Cuando existe un déficit de autocuidado, identificar lo que el paciente debería y no debería hacer para la satisfacción inmediata de las demandas de autocuidado.
- ❑ Cuando existe un déficit de autocuidado, real o potencial, determinar las capacidades futuras del paciente a fin de desarrollar las habilidades necesarias para el cuidado de la salud<sup>31</sup>.

### **Operaciones prescriptivas.**

Las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y pueden equipararse con la fase de planificación del proceso de enfermería tradicional. Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos del cuidado:

- ❑ Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
- ❑ Totalidad de las medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos.
- ❑ Papeles de la enfermera (o), el paciente y, el o los agentes de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.
- ❑ Papeles de la enfermera (o), el paciente y, el o los agentes de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

### **Operaciones reguladoras o de tratamiento.**

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar las operaciones prescriptivas establecidas, éstas operaciones pueden compararse con los componentes de "intervención" y "evaluación" del tradicional proceso de enfermería.

Una vez que la enfermera ha establecido que existe la necesidad de brindar un cuidado específico para la resolución o satisfacción de necesidades, es importante la forma en que organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente en conjunto con el mismo.

---

<sup>31</sup> Idem. p. 22

La manera y el contexto en que la enfermera y el paciente interactúan es denominado *sistema de enfermería*.

"El sistema de enfermería es una serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su autocuidado"<sup>32</sup>.

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

- La enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos.

El diseño de un sistema de enfermería incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro.
2. Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.
3. Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte educacional.

- **Totalmente compensatorio.** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad

El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorios es:

- a. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
- b. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

---

<sup>32</sup> A. Marriner-Tomey, *Op cit.* p. 184

Las enfermeras no solo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarios en beneficio del paciente.

- **Parcialmente compensatorio.** En este sistema de enfermería, la enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

El papel de la enfermera puede requerir el uso de los cinco métodos de ayuda y es probable que incluyan:

- a. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
- b. Compensar cualquier limitación de autocuidado que pueda tener el paciente.
- c. Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

- a. Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).
- b. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

- **De apoyo/educación.** Este sistema de enfermería es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El papel de la enfermera se limitará a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades desarrollando las capacidades de autocuidado del paciente, mientras éste realiza su autocuidado.

Estos sistemas de enfermería no deberían considerarse como otra forma de clasificar a los pacientes, que una vez asignados no se cambian nunca, al contrario, los sistemas de enfermería necesitan ser dinámicos ya que un paciente puede requerir inicialmente un sistema de enfermería totalmente compensatorio para satisfacer los requisitos de autocuidado universal pero a medida que cambia su estado también lo hará el sistema de enfermería necesario.

Después de tomar la decisión de adoptar un sistema en particular, o parte de un sistema, la enfermera está en disposición de decidir cómo lograr mejor los objetivos de cuidado del paciente. Los métodos generales que pueden usarse incluyen realizar tareas por el paciente, guiar y dirigir a otros, ofrecer apoyo físico y

psicológico, proporcionar un entorno adecuado para que el paciente continúe desarrollándose y educar al paciente.

### Cuidados reguladores.

Las enfermeras ayudan a los pacientes a cubrir sus necesidades de autocuidado y regulan el ejercicio o desarrollo de las habilidades para ocuparse en el autocuidado. Esta operación es el aspecto de "hacer y pensar" de la enfermería. A este respecto, Orem es prescriptiva, proporcionando guías conforme a lo que las enfermeras deberían hacer, pero también lo que deberían registrar en sus informes diarios sobre los pacientes, estas actividades incluyen lo siguiente:

- Realizar y regular las tareas de autocuidado de los pacientes o ayudarles en la realización de aquellas.
- Coordinar la realización de las tareas de autocuidado.
- Ayudar a los pacientes, a sus familias y a otros a establecer un entorno apropiado para la vida diaria que apoye la realización del autocuidado pero que a la vez satisfaga los intereses, talentos y objetivos del paciente.
- Guiar, apoyar o dirigir a los pacientes cuando actúan como agentes en el cuidado de sí mismos o cuando dejen de hacerlo.
- Estimular el interés del paciente en el autocuidado formulando preguntas y promoviendo la discusión de los problemas y cuestiones de autocuidado cuando las condiciones lo permitan.
- Apoyar y guiar a los pacientes en las actividades de aprendizaje y proporcionarles claves para éste, así como sesiones de educación.
- Apoyar y guiar a los pacientes mientras experimentan enfermedad o incapacidad, o los efectos de las medidas médicas. Seguir con éste apoyo a medida que los pacientes experimentan la necesidad de ocuparse en nuevas actividades de autocuidado, o necesitan cambiar su forma de satisfacer las necesidades actuales de autocuidado.

### Componente de evaluación de los cuidados reguladores.

Orem añade tres nuevas operaciones a la lista anterior de acciones de enfermería a causa de la necesidad de decidir si los cuidados de enfermería deberían continuar de la misma forma que ahora o deberían cambiarse. Las tres últimas acciones de enfermería requiere que la enfermera forme juicios sobre el plan de cuidados existentes y los progresos del paciente en la consecución de los objetivos y resultados, éstas son:

- Controlar a los pacientes y ayudarles a controlarse a sí mismos para determinar si se realizan las medidas de autocuidado, y para determinar los efectos de las conductas de autocuidado.

- Hacer juicios sobre la suficiencia y eficacia del autocuidado del paciente, de su capacidad para desarrollar su propio repertorio de capacidades de autocuidado y la asistencia de enfermería.
- Formular juicios sobre las percepciones del paciente de los resultados obtenidos a través de la intervención de la enfermera, y hacer o recomendar ajustes en el sistema de cuidados de enfermería mediante cambios en las funciones de la enfermera y del paciente.

La visión que tiene Orem sobre la planificación de los cuidados dirige a la enfermera a valorar la efectividad de su plan y hacer cambios en él, es decir, un mecanismo de retroalimentación.

### **Operaciones de cuidado (control) de casos.**

Las operaciones de cuidado de casos se relacionan con la evaluación, control y dirección de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo. El cuidado de casos es importante ya que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios, adicionalmente asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados.

Las operaciones de control incluyen la observación y valoración, para determinar:

- a. Si se realizan periódica o continuamente operaciones reguladoras o de tratamiento de acuerdo con el diseño del sistema de enfermería que se produce para el paciente.
- b. Si las operaciones realizadas están de acuerdo con las condiciones del entorno del paciente o pacientes para cuya regulación, o si la prescripción ya no es válida.
- c. Si se está logrando la regulación del funcionamiento del paciente mediante la realización de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico, si la actuación del paciente como agente de autocuidado está adecuadamente regulada, si el cambio de desarrollo está en proceso y es adecuado, o si el paciente se está ajustando a la reducción de sus capacidades para ocuparse de su autocuidado<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> J. Cavanagh. *Op cit.* p. 25-33

#### 4. EL ENVEJECIMIENTO Y LA OSTEOPOROSIS.

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados<sup>34</sup>. Se trata de un proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo que conduce a la pérdida paulatina de vitalidad, que comienza de la 3ª. a la 4ª. década de la vida y se manifiesta por una disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasia interna ante el daño producido por agentes externos<sup>35</sup>.

Uno de los problemas más comunes del envejecimiento son las enfermedades de los huesos, las articulaciones y los músculos. Conforme las articulaciones se endurecen y el tono muscular disminuye, el individuo puede desarrollar una marcha vacilante e inclusive torpe.

Aproximadamente en la cuarta década de la vida, la densidad de nuestros huesos empieza a decrecer: el equilibrio entre la velocidad de formación ósea y de reabsorción se altera produciendo una disminución en la masa ósea.

Los cambios producidos por el paso del tiempo producen una pérdida de matriz ósea. El tejido de la parte externa del hueso (periostio) tiende a permanecer constante o incluso a aumentar, en detrimento de la parte interna (endoostio) que es reabsorbido cada vez más. Los huesos se vuelven más porosos, quebradizos y frágiles<sup>36</sup>.

El deterioro en la marcha en conjunto con la disminución de masa ósea hacen que el adulto en plenitud sea susceptible a las caídas.

##### **Osteoporosis.**

La osteoporosis es un trastorno relacionado con la edad, caracterizado por una menor masa ósea, que provoca una fragilidad del esqueleto y propensión a las fracturas, que pueden suceder de forma espontánea o debido a una mínima lesión. Se puede clasificar en dos tipos principales: posmenopáusica y senil.

La osteoporosis posmenopáusica aparece típicamente durante los primeros años de la posmenopausia y afecta al hueso trabecular y cortical de las vértebras, provocando fracturas vertebrales. La osteoporosis senil aparece en adultos mayores y afecta al hueso trabecular y cortical de las vértebras y a los huesos que forman la articulación de la cadera, provocando fracturas sobre todo en vértebras y cadera.

<sup>34</sup> A.S. Staab, *Enfermería Gerontológica*. p. 3

<sup>35</sup> A. Salgado, *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. p. 7

<sup>36</sup> A. Peñafiel, *Cuidados de enfermería en gerontología*. p. 22

Aproximadamente entre un 25 y un 50% de todas las mujeres mayores de 60 años sufren osteoporosis. Esta patología es la forma más frecuente de enfermedad ósea metabólica y la causa de casi la mitad de las fracturas de los adultos. A pesar de disponer de nuevos tratamientos que enlentecen la pérdida ósea, resulta difícil establecer un diagnóstico temprano y, por tanto, un tratamiento precoz.

### Etiología.

La osteoporosis ocurre cuando la resorción ósea supera a la formación. La pérdida ósea debida al envejecimiento sucede en todas las personas, aunque aparece con mayor rapidez en las mujeres que en los varones debido a una acelerada pérdida de hueso durante los años de la perimenopausia. Aunque se desconoce la causa de la osteoporosis, la enfermedad está muy relacionada con el déficit de estrógeno.

Los individuos con riesgo de desarrollar osteoporosis son las mujeres, la población caucásica y asiática, aquellos con antecedentes familiares positivos de osteoporosis, las mujeres que han tenido una menopausia temprana y las personas con un bajo peso corporal, estilos de vida sedentarios, déficit de calcio, dietas ricas en proteínas o antecedentes de tabaquismo. También corren riesgo las personas sometidas a tratamiento prolongado con heparina o terapia esteroidea.

### Cuadro clínico.

Durante la exploración física, se pueden detectar los siguientes datos:

- **Músculoesquelético.**
  - Debilidad muscular.
  - Dolor con los cambios posturales.
  - Pérdida progresiva de estatura.
  - Deformidad cifótica.
  - Dolor en la parte media o inferior de la espalda.
  
- **Gastrointestinal.**
  - Dolor abdominal agudo, que se irradia desde la espalda.
  - Distensión abdominal.
  
- **Otros.**
  - Delgadez (en la mujer)
  - Enfermedad periodontal.

## Evaluación Diagnóstica

La osteoporosis se identifica con radiografías seriadas cuando ha habido 25 a 40% de desmineralización. Las vértebras se colapsan: las torácicas adquieren forma en cuña y las lumbares se vuelven bicóncava.

Otros estudios que ayudan al diagnóstico son los de laboratorio como mediciones de calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina, calciuria, excreción urinaria de hidroxiprolina, hematócrito, velocidad de heritrosedimentación y radiografías a fin de excluir otros posibles diagnósticos médicos, como mieloma múltiple, osteomalacia, hiperparatiroidismo y cánceres, que pudieran propiciar la pérdida de masa ósea. Y el estudio de absorciometría fotónica sencilla se emplea para vigilar la masa ósea cortical en la muñeca.

El método más exacto para cuantificar la densidad o masa ósea es la densitometría ósea, que mide la densidad ósea (en g/cm<sup>3</sup>) y permite compararla después con la de la población general de la misma edad y el mismo sexo<sup>37</sup>.

## Complicaciones.

- Dolor.
- Déficit de autocuidado en relación al movimiento.
- Lesión accidental.

## Cuidados de enfermería.

El objetivo de la atención en salud para los adultos mayores es mantener a las personas funcionando en un nivel óptimo de acuerdo con su edad.

La enseñanza del adulto mayor se enfoca en los factores que influyen el desarrollo de la osteoporosis, intervenciones para detener o disminuir el proceso y medidas para aliviar los síntomas.

La desmineralización osteoporótica se acelera con la carencia de estrógeno y la ingestión de dietas con contenidos bajos en calcio y alto en fósforo, por lo tanto es importante que el personal de enfermería recomiende:

- Ingesta alta de calcio cuyas fuentes principales son los productos lácteos (queso, leche), cereales (tortilla, pan, avena), leguminosas (frijol, garbanzo, soya) y verduras de hoja verde. Las sopas y caldos en cuya elaboración se incluyen huesos y vinagre, para separar el calcio de éstos.

---

<sup>37</sup> A. Salgado. *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. p. 274

- Dieta con bajo contenido de fósforo, deben evitarse las carnes magras, bebidas de cola y alimentos industrializados con contenidos altos en fósforo y bajos en calcio.

Los complementos de calcio, vitamina D, fluoruro y estrógenos se prescriben con frecuencia a las personas con alto riesgo de padecer osteoporosis o que ya la sufren<sup>38</sup>.

El personal de enfermería tiene la capacidad de implementar cuidados preventivos y educacionales al adulto mayor con alteraciones del sistema musculoesquelético como son:

- Mantenimiento de la movilidad en las articulaciones por medio de ejercicios de amplitud activos y pasivos para evitar la rigidez o contractura de las articulaciones. El estimular al adulto en plenitud a que realice él mismo la mayor parte de su cuidado personal en la medida de sus posibilidades dentro de las restricciones de su padecimiento, a menudo satisficará los requerimientos para los ejercicios activos de amplitud de movimiento. Los ejercicios pasivos de amplitud de movimiento no deben llevarse más allá del punto de resistencia o dolor.
- Mantenimiento de la postura, ya que una mala postura ejerce una mayor tensión sobre las articulaciones, y no sólo causará dolor y fatiga, sino que predispondrá a la persona a una mayor deformidad.
- La actividad progresiva, como la deambulaci6n y los ejercicios para caminar, son aspectos esenciales del cuidado de enfermería que ayudan a mantener el funcionamiento y la independencia.
- Alivio del dolor, mediante la aplicaci6n local de calor y masajes ya sean en espalda o en miembros inferiores los cuales propician la miorrelajaci6n. Los analgésicos ingeribles pueden ser necesarios para favorecer un mayor alivio de la lumbalgia y dolor en miembros inferiores.
- Mejoría de la defecaci6n, ya que el estreñimiento es un signo que guarda relaci6n con la inmovilidad, medicamentos y edad. Se previene o minimiza con el cambio a una dieta rica en fibras, aumento del ingreso de líquidos y uso de reblandecedores de las heces.

Un cuidado de enfermería importante en estos casos es involucrar a la familia a realizar los diversos cuidados establecidos por medio de intervenciones educacionales, con la finalidad de que ésta tenga una participaci6n activa y de colaboraci6n con el usuario en cuesti6n.

---

<sup>38</sup> L. Sholtis, *Enfermería médicoquirúrgica*. p. 274

Entre los cuidados de enfermería que se le proporcionan a un adulto mayor es importante mencionar la utilización de los dispositivos de ayuda o apoyo para la deambulación como son las andaderas, bastones o muletas que proporcionan seguridad y confianza al momento de caminar, además de permitir que el peso de la persona no recaiga en su totalidad sobre los miembros inferiores sino que se transfiera a los miembros superiores. El papel del personal de enfermería es determinar el dispositivo específico adecuado, enseñar a la persona su utilización y motivarla para que lo utilice en las actividades de autocuidado.

Resulta de vital importancia el mantener la seguridad del adulto mayor y evitar las caídas en su domicilio. El personal de enfermería debe realizar una evaluación del entorno que rodea a éste, para descubrir los factores que podrían favorecer a sufrir caídas. Entre las medidas que contribuyen a que el entorno resulte más seguro y con menos probabilidades de provocar caídas se encuentran las siguientes:

- Retirar las alfombrillas dispersas y fijar las alfombras al piso.
- Retirar los cables alargadores y sujetar a la pared los cables largos colgados, para evitar tropezar.
- Poner barandillas de seguridad en todas las escaleras.
- Iluminar de forma suficiente, sobre todo la entrada de la casa y las escaleras.
- Ordenar el entorno y guardar todos los objetos innecesarios.
- Colocar los muebles de modo que se facilite caminar por la casa.
- Poner dispositivos o alfombrillas antideslizantes en el fondo de la bañera o de la ducha.
- Poner pasamanos en la bañera, la ducha y junto al inodoro<sup>39</sup>.

Para descubrir cualquier posible causa de un problema, es necesario observar al paciente mientras se mueve por su casa. Resulta fundamental que tanto el adulto mayor como su familia reciban instrucciones adecuadas en lo relativo al uso y cuidado de los dispositivos de apoyo y seguridad, así como que sean capaces de usarlos de forma correcta y segura.

Los cuidados en forma global son primordialmente de tipo educativos y en algunos casos cuando la satisfacción de necesidades básicas no pueden ser cubiertas de forma independiente, la enfermera (o) participa con intervenciones asistenciales.

---

<sup>39</sup> A.S. Staab. *Op cit.* p. 56-58

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

### PRESENTACIÓN DEL CASO.

Mujer de 86 años, con actividad sedentaria, que cursa desde hace 2 años problemas de osteoporosis dichas alteraciones óseas se reflejan principalmente en miembros inferiores y columna vertebral la cual presenta cifosis, aunado a éste padecimiento cursa con manifestaciones relacionadas con la etapa de desarrollo que está viviendo como encorvamiento y falta de movilización.

Manifiesta continuamente síntomas propios de la osteoporosis, como dolor en miembros inferiores a la deambulaci3n y al estar en reposo; de igual manera refiere lumbalgia cuando permanece por un tiempo prolongado de pie y al agacharse.

Ha tratado de resolver éstos síntomas a través de visitas médicas en forma continua y automedicaci3n. Los medicamentos que ingiere tienen la finalidad de aliviar el dolor, sin embargo, después de poco tiempo, éste vuelve a manifestarse, por lo que el problema persiste y el dolor tiende a incrementarse.

Lo anterior ha traído como consecuencia la disminuci3n en forma paulatina de su independencia en la satisfacci3n de sus necesidades básicas como el baño o caminata y disminuci3n en la capacidad para incorporarse de una silla o cama, considerándose como los más significativos, ya que el dolor que presenta le impide realizar en su totalidad las diversas actividades de su vida cotidiana.

## HISTORIA CLINICA.

### Características personales.

Nombre: B. C. R.

Ocupación: Hogar.

Edad: 86 años.

Religión: Católica.

Estado civil: Viuda

Escolaridad: 2º. de preparatoria.

Domicilio: Cruz Gálvez #99-4 Col. Nueva Santa María.

### Antecedentes heredofamiliares.

Madre: Finada por cáncer de pulmón.

Padre: Finado por cáncer de estómago.

Hermana: Finada por cáncer.

Hermano: Finado por cardiopatía.

Hermana menor: Padece hipertensión arterial.

### Antecedentes personales no patológicos.

Nació en Sinaloa, reside en la Ciudad de México desde hace 43 años. Habita en un departamento de concreto que cuenta con 3 recámaras, sala y comedor, convive con 6 personas; cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios (agua, luz, drenaje, servicio de recolección de basura, gas, teléfono, etc.). Niega fauna nociva.

Hábitos higiénicos: Baño cada tercer día, cambio de ropa diario, aseo de manos cada vez que se requiere, higiene bucal 1 vez al día refiriendo que tiene dentadura postiza, por lo cual no cubre la satisfacción del requisito universal relacionado a provisión de cuidados en los procesos de eliminación.

### Hábitos dietéticos:

Carne 2 X 7

Huevos 2 X 7

Frutas 7 X 7

Verduras 4 X 7

Leguminosas 1 X 30

Agua 1 litro al día.

Pescado 1 X 15

Queso 1 X 30

Tortillas 7 X 7

Pan 7 X 7

Cereales 4 X 7

Leche 1 vaso diario (250 ml)

Alimentos con bajo contenido nutricional:

Café 7 X 7

Refresco: Niega

Lo anterior muestra que existe un déficit en el requerimiento universal de mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos ya que hay una disminución en la ingesta de agua de 1 litro diario, cereales, leguminosas, alimentos de origen animal como huevo y pescado, verduras y productos lácteos como el queso y leche esenciales por el padecimiento que presenta.

#### **Antecedentes personales patológicos.**

Cuenta con el cuadro completo de inmunizaciones correspondientes a la infancia y actualmente recibió la vacuna contra neumonía e influenza. Niega alergias, fracturas y toxicomanías. Se ha sometido a 4 intervenciones quirúrgicas: 2 cirugías oftálmicas, 1 biopsia, 1 resección de un fibroma en la matriz. Ha recibido una transfusión. Actualmente cursa con osteoporosis desde hace 2 años.

#### **Antecedentes ginecoobstétricos.**

Menarca a los 13 años con ciclos irregulares de 4 X 3 meses con dolor tipo cólico +++, I.V.S.A. a los 35 años con un compañero sexual, no utilizando método anticonceptivo. Se realiza la prueba de papanicolaou hace 4 meses sin alteraciones. Detección oportuna de cáncer mamario en 1990 sin alteraciones.

#### **Antecedentes perinatales.**

G: IV P: IV A: 0 C: 0

Fecha de último parto: 17 de noviembre de 1957.

Fecha de último ciclo menstrual: Julio de 1964.

#### **Padecimiento actual.**

Padece desde hace dos años osteoporosis, diagnosticado a través de densitometría y radiografías, llevando un tratamiento con tabletas de calcio de 600 mg y rofecoxib (Vioxx) de 25 mg éste último como analgésico, el cual ha sustituido con paracetamol de 500 mg manifestando mejoría. Por indicación médica utiliza rodilleras en ambos miembros inferiores ya que le proporcionan soporte al caminar, lo que muestra que hay un déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo ocasionando riesgos para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

### **Inspección por aparatos y sistemas.**

Sistema cardiovascular	Sin alteraciones.
Sistema respiratorio	Sin alteraciones.
Sistema digestivo	Sin alteraciones.
Sistema urinario	Sin alteraciones.
Sistema nervioso	Sin alteraciones.
Sistema musculoesquelético.	Alteraciones por osteoporosis manifestado en miembros inferiores a nivel de rodillas y columna vertebral con cifosis
Sistema endocrino	Sin alteraciones.

Las alteraciones que se presentan en el sistema musculoesquelético provocan un déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, a consecuencia de esto presenta problemas en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, ya que la falta de movilidad acompañada de dolor en miembros inferiores y lumbalgia no le permiten realizar con facilidad las diversas actividades correspondientes a higiene y deambulación, además de que no desea salir mucho de casa por las molestias que refiere.

### **Exploración física.**

Adulto mayor femenino con signos vitales estables: F.C. 82 lat/min, F.R. 16 resp/min, T/A 160/80 mmHg, Temp. 36.5° C. Cabeza normocéfala, uniforme sin endostosis; cuello cilíndrico sin adenopatías; buena coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, cavidad oral con placa dental. Tórax simétrico con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad. Abdomen globoso por pániculo adiposo, peristaltismo presente. Columna vertebral con presencia de cifosis. Genitales externos sin alteraciones aparentes. Miembros superiores íntegros sin presencia de edema. Miembros inferiores íntegros con presencia de edema ++ en ambas rodillas.

## PLAN DE CUIDADOS

### 1. Operación diagnóstica.

Déficit en los hábitos dietéticos para su edad y estado de salud actual relacionado a una inadecuada información sobre los beneficios que proporcionan ciertos alimentos manifestado por disminución en la ingesta de verduras, leguminosas, cereales, productos lácteos y alimentos de origen animal que proporcionan proteínas.

#### a) Operación prescriptiva.

Modificar en la usuaria la ingesta de ciertos alimentos correspondientes a su edad y estado de salud actual exponiendo los beneficios en el consumo de los mismos, para así lograr un conocimiento de su dieta que contribuya a que ella misma los consuma por su propia voluntad.

#### Operaciones de tratamiento.

- A través de pláticas con la usuaria se dan a conocer los alimentos que son necesarios consumir de acuerdo a su edad y estado de salud actual como son los de origen animal (pescado, huevo), las leguminosas como frijol, habas, cereales como arroz, lentejas, productos lácteos como queso y leche los cuales son la principal fuente de calcio y las verduras las cuales favorecerán una adecuada digestión y motilidad intestinal.
- Brindarle los alimentos que contengan los nutrientes necesarios en forma agradable y en pequeñas porciones: Ejemplo de menú:  
Desayuno: 1 taza de papaya, 2 claras de huevos revueltos a la mexicana acompañado de una tortilla y 1 vaso (250 ml) de leche descremada.  
Comida: 120 g de spaghetti o de arroz, 1 filete de pescado frito acompañado de rodajas de tomate y cebolla o 2 piezas de pollo con verduras acompañado de 50 g de frijol y una tortilla y 1 vaso (250 ml) de agua de frutas.  
Cena: 2 quesadillas de queso panela, 1 pieza de pan de dulce acompañada de 1 vaso de leche descremada (250 ml).
- Se ofrecen dos colaciones en el transcurso del día con el fin de que obtenga los nutrientes necesarios que requiere de acuerdo a su edad y estado de salud. Tres horas después de haber ingerido los alimentos del desayuno y de la comida se ofrece una fruta ya sea manzana, pera, guayaba, mandarina, la que apetezca, ¾ de taza de yogurt natural o 1/2 pepino rebanado, 1/2 jícama, 1 zanahoria aderezados con limón y sal.

- Se invita a la usuaria a exponerse al sol por lo menos 10 minutos diarios, ya que permite la producción de vitamina D que en combinación con el calcio ayudan a mejorar la densidad mineral ósea, reduciendo así la posibilidad de fracturas.

#### **Operaciones de cuidado de casos.**

- La usuaria ha comprendido la importancia de ingerir con mayor frecuencia leguminosas como el frijol y habas, alimentos de origen animal como el pescado y el huevo, cereales, queso, leche y verduras.
- Anteriormente el consumo de algunos alimentos era disminuido como son las leguminosas las cuales ingería 1 vez al mes, productos lácteos como el queso 1 vez por 15 días y la leche 1 taza al día, alimentos de origen animal como el pescado 1 vez cada 15 días y el huevo 2 veces a la semana, y verduras con una ingesta de 4 veces a la semana solamente. Actualmente ha habido un aumento importante en el consumo de estos alimentos, ya que las leguminosas las ingiere 3 veces por semana, los productos lácteos como el queso 4 veces por semana y la leche 2 tazas diariamente, en cuanto a los alimentos de origen animal como el pescado lo consume 2 veces por semana y el huevo 4 veces a la semana, por último aumentó la ingesta de verduras a razón de 7 veces a la semana.

#### **b) Operación prescriptiva.**

Ofrecer alternativas de planes de dietas con alimentos que proporcionen los requerimientos nutricionales, para la obtención adecuada de nutrientes propios de su etapa de desarrollo y padecimiento actual que favorezcan su salud y eviten riesgos futuros.

#### **Operaciones de tratamiento.**

- Dar a conocer a la usuaria por medio de pláticas semanales que hay alimentos que proporcionan proteínas sin la necesidad de consumir alimentos de origen animal como la soya o la combinación de cereales y leguminosas de las cuales se obtiene proteínas de origen vegetal cuya función es igual que las proteínas de origen animal, la regeneración de células y fuente de energía.

#### **Operaciones de cuidado de casos.**

- La usuaria acepta los alimentos que se le han ofrecido como alternativas para la obtención adecuada de nutrientes como la soya y decide consumirla alternándola con los alimentos de origen animal (pescado y huevo) a razón de 3 veces por semana.

**c) Operación prescriptiva.**

Elaboración de un plan de alimentación en combinación con un nutriólogo.

**Operaciones de tratamiento.**

- Se realizará en conjunto con la usuaria una lista de alimentos que le agraden, posteriormente en colaboración con un nutriólogo se combinarán éstos alimentos para establecer un plan de alimentación para que de ésta manera obtenga adecuadamente los nutrientes que se encuentren disminuidos en su dieta.

**Operaciones de cuidado de casos.**

- La usuaria consume con agrado y combina los alimentos establecidos en el plan de alimentación, permitiendo la obtención de nutrientes, repercutiendo en su salud en forma favorable.

## 2. Operación diagnóstica.

Inadecuada ingesta de agua la cual sustituye por café, relacionado a la molestia que trae consigo la micción frecuente manifestado por el consumo de 1 litro diario provocando estreñimiento y nerviosismo.

### a) Operación prescriptiva.

Aumentar la ingesta de agua en el transcurso del día a través de concientizar a la usuaria sobre la importancia de la ingesta de la misma, por lo menos 2 litros diarios y evitar el consumo de café lo que favorecerá un mejor tránsito intestinal y la disminución o eliminación de su nerviosismo.

#### Operaciones de tratamiento.

- Informar por medio de pláticas la importancia de ingerir por lo menos 2 litros durante el día, ya que favorece la digestión y motilidad intestinal evitando estreñimiento, y se le explica que el café es un alimento que carece de contenido nutricional, en cambio es un estimulante del sistema nervioso central y desarrolla un estado de nerviosismo constante si se consume en exceso, por lo tanto es importante disminuir su consumo.
- Se ofrece a la usuaria durante el transcurso del día agua durante sus alimentos y entre comidas, para que de ésta manera ingiera la cantidad de líquidos que el organismo requiere.
- Establecer un consumo de 1 taza de café, 2 días a la semana.

#### Operaciones de cuidado.

- La usuaria comprende la importancia de aumentar la ingesta de agua en el transcurso del día por lo que consume 1 litro y medio mejorando la motilidad intestinal que se encontraba reducida, presentando evacuaciones formadas sin dificultad hasta en 2 ocasiones por día.
- La usuaria ha disminuido paulatinamente el consumo de café en su dieta a razón de 3 días a la semana, refiriendo que durante el día se ha sentido más tranquila.

### 3. Operación diagnóstica.

Déficit en la actividad física relacionado a disminución en la circulación periférica ocasionado por la actividad sedentaria y la poca deambulación dentro y fuera de su hogar manifestado por edema de ++.

#### a) Operación prescriptiva.

Fomentar la deambulación con la finalidad de disminuir los efectos de la pobre circulación vascular periférica para así reducir el edema, prevenir riesgos vasculares y favorecer el gusto por la deambulación.

#### Operaciones de tratamiento.

- Alentar a la usuaria a realizar una caminata diaria por 20 minutos a velocidad moderada con apoyo de un bastón ya sea dentro o fuera de su hogar, la caminata se hace paulatinamente iniciando cada con 10 minutos diarios la primera semana, posteriormente 15 minutos la 2ª. semana y la 3ª. semana los 20 minutos.
- Se implementan ejercicios pasivos de extensión y fortalecimiento muscular, al mismo tiempo que realiza la caminata, y consisten en elevar los miembros superiores en extensión hacia delante y hacia los lados, rotación de hombros hacia delante y hacia atrás, cada uno de estos ejercicios se realizan por separado en series de 10 tiempos con descansos de 1 minuto en cada miembro repitiendo 2 veces cada serie.
- Se indica a la usuaria que durante el tiempo que se mantenga en reposo ya sea en una silla o acostada debe elevar los miembros inferiores por arriba de la cadera a 45° durante 15 minutos, posteriormente colocar vendas elásticas hasta por arriba de la rodilla con el fin de favorecer el retorno venoso permitiendo la disminución del edema en forma paulatina.
- Se establece un plan de ejercicios pasivos que la usuaria realiza tres veces al día con una duración de 15 minutos, recostada sobre la cama o reposet, que consisten en elevar los miembros inferiores en extensión, haciendo una serie de 10 tiempos, realizando ésta serie con cada miembro por separado; posteriormente levantar un miembro inferior en extensión para después flexionar y nuevamente extender, en serie de 10 tiempos, otro movimiento es la rotación de tobillos de izquierda a derecha y viceversa, cada uno de estos ejercicios se realiza en series de 10 veces y con descansos de 1 minuto entre serie y serie.

**Operaciones de cuidado de casos.**

- La usuaria realiza una caminata con el apoyo de un bastón por lo menos 30 minutos diarios, al mismo tiempo ejecuta los ejercicios pasivos manifestando mejoría en su rodilla, ya que disminuye y en ocasiones desaparece el dolor además de que el edema disminuye paulatinamente.
- La usuaria realiza con entusiasmo el plan de ejercicios establecido, lo que ha permitido que en combinación con la deambulacion disminuya significativamente el edema.

**b) Operación prescriptiva.**

Incorporar a la familia en las actividades encaminadas a mejorar el estado de salud de la usuaria en cuanto al movimiento.

**Operaciones de tratamiento.**

- Enseñar a la familia los ejercicios establecidos y hacerlos partícipes cada vez que se realicen, explicándoles que el movimiento constante que se obtiene por los ejercicios favorece la circulación periférica y por lo tanto el edema tiende a disminuir.
- Enseñar a la familia la colocación de vendas elásticas en miembros inferiores recalando que se deben aplicar con un poco de presión sin que se obstruya la circulación periférica favoreciendo el retorno venoso.
- Alentar a la familia para que acompañen a la usuaria a realizar una caminata diaria de por lo menos 20 minutos ya que además de favorecer la disminución del edema, es una distracción y contribuye a que la usuaria se sienta relajada.

**Operaciones de cuidado de casos.**

- La familia se ha involucrado en las actividades establecidas, por lo que una persona realiza junto con la usuaria el plan de ejercicios establecido tres veces al día, le ayudan a colocar las vendas elásticas en miembros inferiores cada vez que se encuentra en reposo y la acompañan todos los días a caminar fuera de su hogar 30 minutos.

#### 4. Operación diagnóstica.

Dificultad para realizar sus necesidades correspondientes a higiene y movimiento ocasionando disminución en su independencia para la satisfacción de las mismas relacionado a dolor en miembros inferiores y cifosis en columna vertebral manifestado por dolor en miembros inferiores a la deambulación y lumbalgia en estado de reposo y al agacharse.

##### a) Operación prescriptiva.

Aumentar su independencia a través de mejorar sus habilidades de movilización por medio de principios de mecánica corporal y la utilización de dispositivos de apoyo.

##### Operaciones de tratamiento.

- Se indica a la usuaria la forma correcta de recoger objetos del piso, manteniendo la columna lo más derecha que se pueda doblando las rodillas en lugar de la cintura teniendo siempre un apoyo como una silla, un mueble o la propia pared; también se le enseña la manera correcta de incorporarse de una silla colocándose a la orilla de ésta, apoyando los antebrazos en los descansos y poniendo los pies ligeramente hacia atrás para finalmente impulsarse hacia delante; y levantarse de la cama, lateralizando su cuerpo hasta la orilla de ésta y utilizando el brazo que se encuentra en contacto con la cama, apoyar el antebrazo e impulsarse de lado y al mismo tiempo bajar los miembros inferiores hasta incorporarse completamente, de ésta forma se evita que el esfuerzo lo centre en espalda, estos principios de mecánica corporal tienen como finalidad evitar dolor y lesiones en miembros inferiores y espalda.
- Usar un dispositivo de apoyo como es el bastón, para favorecer la deambulación ya que como su nombre lo indica le proporcionará un mayor apoyo a sus pasos y en consecuencia se sentirá mucho más segura, al realizar sus actividades cotidianas correspondientes como el baño y la deambulación.

##### Operaciones de cuidado.

- La usuaria realiza correctamente los principios de mecánica corporal establecidos mejorando su postura y ayudando a disminuir el dolor y el riesgo de lesiones en espalda y miembros inferiores y utiliza el bastón contribuyendo a realizar con mayor seguridad el baño y deambulación

**b) Operación prescriptiva.**

Disminuir la lumbalgia y el dolor en miembros inferiores para favorecer el movimiento.

**Operaciones de tratamiento.**

- Se proporcionan masajes en miembros inferiores y espalda al momento que la usuaria refiere dolor, con movimientos ascendentes desde la punta del pie hacia la rodilla, posteriormente se da un masaje de amasamiento dando una ligera presión en cada movimiento, de igual manera de la punta del pie hacia la rodilla, cada uno de los masajes se realizan durante 10 minutos en cada pierna con las manos no frías y un poco de lubricante. En posición sentada se da masaje con movimientos circulares considerando toda el área de la espalda posteriormente en decúbito ventral los movimientos son en forma ascendente y descendente dando una ligera presión, cada uno de los masajes en espalda se realiza por 10 minutos y de igual manera se harán con las manos no frías y lubricante. Se ministra analgésico por vía oral en el momento de presentarse el dolor.

**Operaciones de cuidado de casos.**

- La usuaria refiere que el dolor ha disminuido considerablemente con la práctica de masajes y la ministración del analgésico, lo cual ha propiciado que permanezca relajada y realice sus actividades cotidianas correspondientes a higiene y movimiento sin molestias provocadas por el dolor y con mayor facilidad.

## 5. Operación diagnóstica.

Dificultad en la realización de actividades de movimiento correspondientes a higiene y deambulación relacionado a la presencia de sensaciones de miedo a sufrir caídas o torceduras por falta de dispositivos de seguridad y apoyo.

### a) Operación prescriptiva.

Mejorar la mecánica corporal para favorecer la movilización y realización de actividades de higiene y deambulación previniendo riesgo a lesiones musculares y esqueléticas.

#### Operaciones de tratamiento.

- Enseñar a la usuaria la forma de caminar correctamente dando pasos medianos colocando primero el talón y posteriormente la punta levantando el pie sin arrastrarlo, de ésta forma sus pasos se volverán más seguros y se evitarán tropezos. Si necesita caminar por una pendiente indicarle que su cuerpo deberá inclinarse ligeramente hacia atrás al bajar por ésta, e inclinarse ligeramente hacia adelante al subir; al momento de subir y bajar escaleras asirse del barandal y colocar la planta del pie completamente visualizando el escalón para así dar el siguiente paso.

#### Operaciones de cuidado.

- Al principio tiene dificultad para realizar correctamente los principios de mecánica corporal establecidos, sin embargo en el lapso de una semana comenzó a realizarlos con más facilidad propiciando en la usuaria mayor seguridad al llevar a cabo sus diversas actividades.

### b) Operación prescriptiva.

Utilización de dispositivos de apoyo para la deambulación y otras actividades de movimiento.

#### Operaciones de tratamiento.

- Se indicará a la usuaria y a la familia la necesidad de utilizar dispositivos de seguridad y apoyo dentro del hogar, como un bastón que le proporcionará seguridad y apoyo a su caminar. Se hará hincapié a la familia sobre la instalación de dispositivos de seguridad principalmente dentro del cuarto de baño como una agarradera en la bañera para que la usuaria pueda asirse a ella mientras se da un baño de regadera con el fin de evitar resbalones y por ende una caída, de igual manera colocar una silla para propiciar en la usuaria mayor seguridad dentro de la bañera; la colocación de un aumento en el excusado con agarraderas a los costados para evitar que al momento de sentarse e incorporarse de éste tenga que hacer el esfuerzo en miembros inferiores y espalda provocándole dolor y posibles lesiones, además de perder el equilibrio,

en cambio, con éste dispositivo puede asirse a las agarraderas sintiéndose más segura al sentarse e incorporarse evitando la aparición de dolor y posibles lesiones por la fuerza ejercida; retirar los tapetes los cuales podrían propiciar una caída.

**Operaciones de cuidado de casos.**

- La usuaria utiliza el bastón cada vez que sale a caminar refiriendo sentirse más segura, la familia ha comprendido la necesidad de instalar diversos dispositivos de seguridad dentro de su hogar, por lo tanto, se hacen las modificaciones pertinentes para la instalación de éstos propiciando en la usuaria mayor seguridad al realizar sus actividades cotidianas correspondientes a higiene y movimiento y por ende el temor de sufrir alguna caída ha disminuido sintiéndose más tranquila.

## CONCLUSIONES

Como hemos visto en éste trabajo, la osteoporosis es un padecimiento que afecta a la gran mayoría de los adultos mayores especialmente a las mujeres, por lo que el personal de enfermería que presta sus servicios a éstas debe de proporcionar cuidados educativos a todas las mujeres para que así ellas puedan tener elementos de autocuidado, partiendo de conocer los factores de riesgo que desencadenan ésta enfermedad, así como la forma de diagnosticarlo, los tratamientos médicos y los cuidados de enfermería, pero sobre todo los aspectos de prevención, los cuales son el elemento principal del autocuidado.

La Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem la cual considera que el autocuidado es una actividad aprendida en beneficio de la salud, muestra en éste Proceso, realizado a lo largo de tres meses, resultados visibles a mediano plazo, además demuestra conocimiento y orientación, basados en un sistema de apoyo educativo, se logró que la usuaria adquiriera la capacidad para llevar a cabo su autocuidado y por ende un mayor grado de independencia satisfaciendo sus necesidades correspondientes a higiene y movimiento.

La teoría del autocuidado permite desarrollar intervenciones de colaboración con la familia, elemento muy importante para el cuidado de la salud de cualquier individuo, pero sobre todo de los adultos mayores, ya que favorece en esta etapa de la vida la adquisición de independencia en sus diversas actividades cotidianas aún y cuando se tiene una enfermedad que trae consigo limitaciones.

El uso del proceso ayuda a dirigir de una manera ordenada, dinámica y constante el desarrollo de intervenciones independientes, el cual a través de su evaluación permite verificar el éxito o falla o simplemente el logro del objetivo no alcanzado para así planear otras intervenciones.

A través de todo este Proceso de Atención de Enfermería, tanto la usuaria como la familia adquirieron y desarrollaron las capacidades y habilidades necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado que se encontraban alterados y para la prestadora de cuidados también permitió el desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado de sujetos en el hogar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Wolff, Luverne. *Curso de Enfermería Moderna..*  
Editorial Harla-México. 7ª. Edición.
- Iyer, Patricia W. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería.*  
Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1995  
Pennsylvania, USA.
- Kozier, Barbara. *Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y practica.*  
Editorial McGraw-Hill Interamericana. 4ª. edición  
México. D.F. 1994
- García González, Ma. de Jesús. *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.*  
Editorial Progreso 1ª. edición.  
Universidad de Guanajuato  
México, D.F. 1997
- Colliere, Marie F. *Promover la vida.*  
Editorial McGraw-Hill Interamericana.  
Madrid, España. 1993
- Marriner-Tomey, Ann. *Modelos y Teorías de Enfermería.*  
Editorial Hartcourt Brace 4ª. edición  
Madrid, España. 1988
- Wesley, Ruloy L. *Teorías y Modelos de Enfermería.*  
Editorial McGraw-Hill Interamericana 2ª. edición.  
México, D.F. 1995
- Orem, E. Dorothea. *Modelo de Orem. Concepto de Enfermería en la Práctica.*  
Editorial Masson-Salvat Enfermería 4ª. edición  
Barcelona, España. 1993
- Cavanagh, Stephen. *Modelo de Orem. Aplicación práctica.*  
Editorial Masson-Salvat Enfermería 1ª. edición.  
Barcelona, España. 1993
- Brunner, Lillian. *Enfermería Medicoquirúrgica.*  
Editorial Interamericana 6ª. edición Vol. 1  
México, D.F. 1989

- Long, Barbara. *Enfermería medicoquirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería.* Editorial Hartcourt Brace. 3a. edición  
España 1997
- Rogers-Seidl, Frances F. *Planes de Cuidados de Enfermería.*  
Editorial Masson-Salvat Enfermería  
España. 1995
- *Temas de Enfermería Gerontológico.*  
Editorial Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico.  
España. 1999
- Salgado Alva, Alberto. *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano.*  
Editorial Masson S.A.  
Barcelona, España. 1996
- Carnevali, Doris. *Tratado de Enfermería Geriátrica.*  
Editorial McGraw-Hill Interamericana 2ª. Edición  
México, D.F. 1998
- Staab, Angelica S. *Enfermería gerontológico.*  
Editorial McGraw-Hill Interamericana  
México, D.F. 1996
- Peñafiel Olivar, Antonio. *Cuidados de Enfermería en Gerontología.*  
Fundación Europea de Estudios Sanitarios  
Pamplona, España. 1999

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA