

Aplicación de la teoría de la consecución de objetivos al cuidado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹

Luisa Fernanda Achury Beltrán²

Pilar García Peñuela³

SICI: 0124-2059(201307)15:2<31:ATCOCP>2.0.CO;2-P

1. Artículo de revisión derivado de investigación. Recibido: 20 de abril de 2013. Aprobado: 3 de julio de 2013.
2. Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: achuryl@javeriana.edu.co.
3. Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana. Enfermera de la Unidad de Cuidado Intensivo, Hospital Universitario San Ignacio. Correo electrónico: pilar.garcia@javeriana.edu.co.

Resumen

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) genera efectos en la salud del individuo que la padece, porque limita su participación en las actividades cotidianas y repercute negativamente en la calidad de vida física y social. En consecuencia, el rol del profesional de enfermería y la aplicación de teorías cobran gran importancia en el establecimiento de una interacción eficaz con el paciente que permita mejorar su salud. En la teoría de la consecución de objetivos de Imogene King, aplicada al individuo con EPOC, el paciente y la enfermera crean una interacción basada en percepciones, juicios y acciones; estas, a su vez, generan reacciones y producen transacciones que permiten al individuo alcanzar los objetivos propuestos. King contempla tres sistemas de interacción dinámica: el personal, el interpersonal y el social, los cuales se convierten en herramientas que le permiten al profesional de enfermería orientar una valoración y atención integral del paciente. De forma adicional, las propuestas de la teoría dirigen el cuidado del paciente con EPOC, donde la educación es fundamental en la consecución de objetivos, pues suple el déficit de conocimientos, consigue la aceptación del tratamiento, mejora la confianza del paciente frente a la toma de decisiones y desempeño frente a su enfermedad y facilita el establecimiento de objetivos e intervenciones de mutuo acuerdo, que se traducen en resultados positivos para el paciente en términos de reducción de los síntomas, tolerancia a la actividad, mejoría de la calidad de vida, disminución de las exacerbaciones e incremento del rendimiento físico y social.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, atención de enfermería, pacientes, teoría de enfermería.

Palabras clave descriptores: Enfermedades de los pulmones, atención al paciente, aspectos psicológicos, enfermeras, responsabilidad profesional.

Applying the theory of achieving patient care goals with chronic obstructive pulmonary disease

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) generates effects on the health of the individual who suffers from it, because it limits their participation in daily activities and negatively affects the quality of physical and social life. Consequently, the role of the nurse and the application of theories loom large in the establishment of an effective interaction with the patient to improve their health. When Imogene King's theory of goal attainment is applied to the individual with COPD, the patient and the nurse create an interaction based on perceptions, judgments and actions, and these, in turn, generate reactions and produce transactions that allow the individual to achieve the objectives. King includes three dynamic interacting systems: personal, interpersonal and social, which become tools that allow the nursing professional guide an integral assessment and care of patients. Additionally, the proposals from the theory direct the care of patients with COPD, where education is fundamental to the achievement of objectives, since it compensates the knowledge deficit, gets treatment acceptance, improves the patient's confidence in regards to decision making and management of their disease and facilitates the establishment of objectives and interventions by mutual agreement, that result in positive outcomes for the patient in terms of reduction of symptoms, activity tolerance, improved quality of life, decreased exacerbations and increased physical and social performance.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, nursing care, patients, nursing theory.

Keywords plus: Diseases of the lungs, patient care, psychological aspects, nurse, professional liability.

Aplicação da teoria da consecução de objetivos no atendimento do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica

Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) gera efeitos na saúde do indivíduo paciente, porque limita sua participação nas atividades cotidianas e repercute negativamente na qualidade de vida física e social. Consequentemente, o papel do profissional de enfermagem e a aplicação de teoria adquire grande importância no estabelecimento de uma interação eficaz com o paciente que permita o melhoramento da saúde dele. Na teoria da consecução de objetivos de Imogene King, aplicada ao indivíduo com DPOC, o paciente e a enfermeira criam uma interação baseada em percepções, julgamentos e ações e estas, por sua vez, geram reações e produzem transações a permitir o indivíduo alcançar os objetivos propostos. King contempla três sistemas de interação dinâmica: o pessoal, o interpessoal e o social, que se tornam ferramentas a permitir o profissional de enfermagem orientar uma avaliação e atendimento integral do paciente. Adicionalmente, as propostas da teoria conduzem o atendimento do paciente com DPOC, onde a educação é fundamental na consecução dos objetivos, pois fornece o déficit de conhecimentos, consegue o aceite do tratamento, melhora a confiança do paciente frente à tomada de decisões e desenvolve na frente da sua doença e facilita o estabelecimento de objetivos e intervenções por mútuo acordo, com resultados positivos para o paciente em termos de diminuição dos sintomas, tolerância à atividade, melhoramento da qualidade de vida, diminuição das exacerbações e incremento do desempenho físico e social.

Palavras chave: doença pulmonar obstrutiva crônica, atendimento em enfermagem, pacientes, teoria em enfermagem.

Palavras chave descriptor: Doenças dos pulmões, assistência ao paciente, aspectos psicológicos, responsabilidade enfermeira profissional.

La EPOC como un problema de salud pública mundial y su repercusión en la calidad de vida

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es considerada un problema de salud pública mundial, por ser progresiva y de alta prevalencia, que cambia significativamente en la calidad de vida de quien la padece y, así mismo, un impacto económico relevante tanto en las personas como en los sistemas de salud (1). Sus tasas oscilan entre 19,7% y 8,9% en América Latina y Colombia, respectivamente, datos relevantes a pesar de las elevadas cifras de subdiagnóstico, las cuales son de aproximadamente del 44% (2,3), lo que subestima, a su vez, la tasa de prevalencia y reduce las posibilidades de tratamiento oportuno para dichos pacientes.

La Organización Mundial de la Salud estimó que en el 2004 la EPOC generó en el mundo la pérdida de 30,2 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y que en el 2005 fue la responsable del 5% del total de muertes registradas (4). De forma adicional, la EPOC, para el 2006, fue considerada la sexta causa de mortalidad y la duodécima de morbilidad mundial, de manera que se calcula que para el año 2020 se convertirá en la tercera causa de muerte y la quinta de incapacidad (5). Ello evidencia la necesidad imperante de un diagnóstico oportuno y un tratamiento global de la enfermedad, para reducir así el impacto que esta produce en la población general.

En términos económicos, según Minkoff, citado por Martínez y colaboradores (6), la EPOC impacta de forma importante tanto a los pacientes y sus familias como a las instituciones de salud y la sociedad en general, ya que los costos varían de acuerdo con su gravedad, la cantidad de exacerbaciones y los servicios médicos que se encargan de atender al paciente. Según Pérez y colaboradores (7), el costo promedio de un caso de EPOC durante los 5 años posteriores al diagnóstico es de US\$9169,6, que se incrementa con la gravedad de la enfermedad, y que llega a generar gastos de US\$9229,1 en los casos de EPOC crónico.

La EPOC es el resultado de la interacción entre el grado de exposición (inhalación) y la respuesta del individuo a los agentes nocivos; por lo tanto, se consideran factores de riesgo las condiciones propias del huésped que le ocasionan mayor susceptibilidad a desarrollar la enfermedad y los agentes que tienen la capacidad de producirla. Existen varios factores que condicionan la aparición de la patología; sin embargo, en el mundo el factor de riesgo más importante es la exposición al humo de cigarrillo, y en nuestra población, la exposición al humo de leña desempeña un papel relevante (8-10). Existen otros factores que determinan la aparición de la EPOC y aumentan la frecuencia de los síntomas respiratorios y la gravedad de las exacerbaciones: la contaminación ambiental, la exposición prolongada a partículas de polvo, sustancias químicas, infecciones respiratorias (entre ellas la tuberculosis) o factores propios del huésped (como deficiencia de α -1-antitripsina) (9).

Es importante anotar que la presencia de síntomas como disnea, fatiga y tos con expectoración, derivados del proceso patológico, condicionan la

realización de diversas actividades por parte del paciente, de manera que se ve frecuentemente alterada su calidad de vida en las dimensiones sociales y físicas, en la medida en que su capacidad funcional no le permite realizar independientemente actividades recreativas o laborales, lo cual a su vez favorece la aparición del aislamiento social y la dependencia familiar (11).

Se considera que los efectos sistémicos derivados de la enfermedad contribuyen a su gravedad: 1) el componente pulmonar está caracterizado por una limitación al flujo aéreo usualmente progresivo y no totalmente reversible, que se asocia con una respuesta inflamatoria anormal pulmonar por exposición a gases o partículas nocivas (8), lo que ocasiona disnea e interferencia en la realización de las actividades de la vida cotidiana; 2) la afectación muscular se asocia con la reducción de la actividad física derivada de la disnea y la hipoxemia, lo que se traduce en una mala tolerancia a la actividad física, y 3) la afectación cardiovascular se encuentra también relacionada con la hipoxemia, la cual genera hipertensión pulmonar y esta, a su vez, favorece la aparición de insuficiencia cardíaca derecha.

En cuanto a la dimensión social, el deterioro de la calidad de vida se relaciona con la reducción de la capacidad para trabajar, así como para participar en actividades físicas y sociales, aspectos que suelen acompañarse de cuadros de depresión y ansiedad. De forma adicional, Ramírez (12) considera que la valoración personal que cada individuo realiza de su enfermedad, en términos de cómo la gravedad y el tratamiento repercuten en los estilos de vida, genera en ellos un sentimiento de baja autoestima que altera su posición frente a la familia y la sociedad, lo cual puede llegar a provocar una disfunción familiar y dificultades en las relaciones sociales.

La presencia de estos síntomas y las repercusiones que genera la enfermedad evidencian la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual se considera un pilar fundamental en el adecuado control, la reducción de los síntomas, la minimización de las exacerbaciones y hospitalizaciones, así como en un incremento significativo en la percepción de la calidad de vida (13).

El tratamiento de la EPOC se orienta en tres direcciones: el manejo de la broncoobstrucción e inflamación, la mejoría de las consecuencias clínicas (disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida, exacerbaciones y supervivencia) y el manejo individualizado de cada paciente, de acuerdo con el grado de alteración fisiológica y la intensidad de los síntomas (14,15), objetivos que se consiguen a través de la educación sanitaria.

Así, la educación se convierte en un elemento necesario y obligatorio de todos los programas de atención al paciente con EPOC, ya que pretende generar cambios de conducta, adopción de actitudes positivas (16,17) y un mayor compromiso del paciente frente al proceso y tratamiento de la enfermedad. De este modo, el profesional de enfermería desempeña un papel importante en el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente y la transmisión de información adecuada, clara, concisa y oportuna basada en referentes teóricos de enfermería, lo que permite conseguir todos los objetivos del proceso de atención del paciente.

La teoría de la consecución de objetivos y su aplicación al cuidado del paciente con EPOC

La teoría de la consecución de objetivos de Imogene King se sustenta en que “el centro de la enfermería es la interacción de los seres humanos con su entorno, lo cual conduce a los individuos a un estado de salud, que les hace capaces de funcionar dentro de sus roles sociales” (18); por esta razón, el paciente con EPOC experimenta un deterioro en su estado de salud, pues las consecuencias y sintomatología que le generan la enfermedad, entre ellas la disnea, le impiden una óptima interacción con el entorno, debido a la incapacidad para el adecuado desarrollo de su rol familiar, laboral y social (19).

King plantea en la teoría de consecución de objetivos que debe existir una interacción entre el paciente y el profesional de enfermería, en la cual cada uno de ellos percibe al otro, realiza un juicio y se comunica para crear así una acción. A su vez, las acciones producen reacciones, se establecen objetivos, se instauran las medidas para conseguir las metas y se llega a un acuerdo conocido como *transacción*. Este se considera un sistema abierto; por lo tanto, permite la retroalimentación, pues se cree que las percepciones pueden ser influidas por cada fase de la actividad (18) (figura 1).

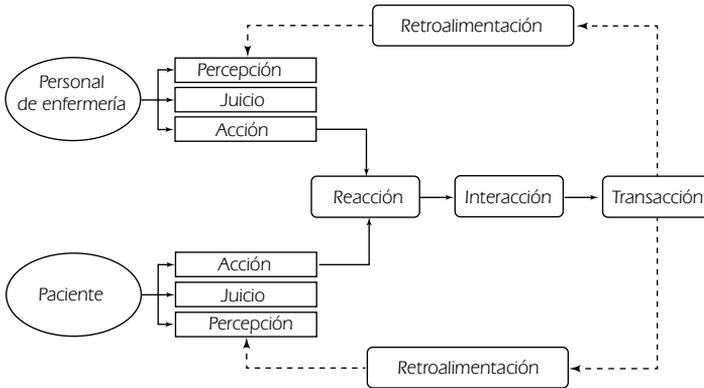
En esta interacción, tanto el paciente con EPOC como la enfermera aportan a través de la comunicación diferentes conocimientos, necesidades, objetivos, experiencias y percepciones, las cuales conllevan las transacciones que conducen finalmente al logro de los objetivos y la satisfacción de las necesidades (figura 2). Por esta razón, es imprescindible que el profesional de enfermería evalúe las necesidades prioritarias del paciente con EPOC y, con base en ello, planeé y ejecute actividades, con las cuales se pretende suplir el déficit de conocimientos acerca de la enfermedad y su autocuidado, conseguir una mayor aceptación al tratamiento, incrementar la confianza para aplicar los conocimientos adquiridos y fomentar un mejor desempeño del rol del paciente.

King determinó tres sistemas de interacción dinámica entre los individuos, los grupos y la sociedad: el personal, el interpersonal y el social (20), los cuales se convierten en herramientas que le permiten al profesional de enfermería dirigir una valoración y atención integral del paciente con EPOC.

El sistema personal deja ver al individuo en su entorno, de manera que está conformado por conceptos como el yo, percepción, crecimiento y desarrollo, imagen corporal, espacio y tiempo (21). Por una parte, estos conceptos influyen en la manera como las personas reaccionan ante los demás y los acontecimientos que forman parte de su vida; por la otra, en la interacción entre las personas que resulta de la reacción ante las percepciones que cada uno posee de la situación y en función de sus propias expectativas (22).

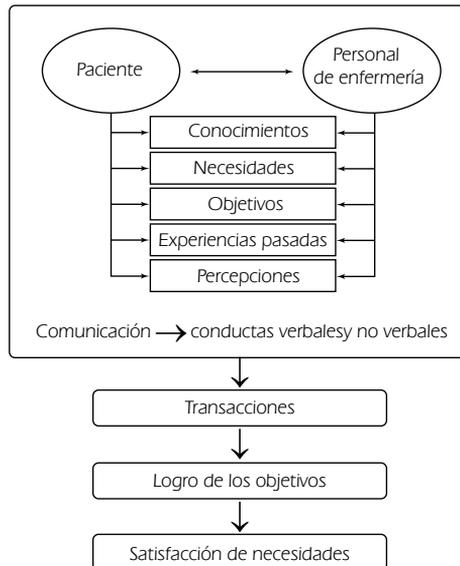
El sistema interpersonal se caracteriza por la conformación de grupos de individuos y comprende los conceptos de rol, interacción, comunicación, transacción y estrés (21). Por último, en el sistema social se da el encuentro de grupos con intereses y necesidades especiales, que forman organizaciones y sociedades, lo cual da lugar a la estructura que define las relaciones sociales y las normas de comportamiento (21). En este sistema se encuentran los conceptos de rol, organización, autoridad, poder, estatus y toma de decisiones (21).

FIGURA 1. Teoría de la consecución de objetivos de Imogene King



FUENTE: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería, 3a ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.

FIGURA 2. Interacción enfermera-paciente en la teoría de consecución de los objetivos



FUENTE: elaboración propia.

Con base en los sistemas de interacción dinámica de la teoría de consecución de objetivos, el profesional de enfermería debe planear preguntas que le facilitarán la valoración y atención del paciente con EPOC, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Valoración de enfermería de los conceptos de los sistemas de interacción dinámica de la teoría de King

Sistema personal	
Percepción	Obtención de datos a través de la valoración de los signos y síntomas de la enfermedad por medio de la utilización de los órganos de los sentidos. ¿Qué signos y síntomas ha experimentado con la enfermedad? ¿Qué influencia ha tenido la enfermedad en las actividades de la vida diaria? ¿Cómo se define usted? (23)
El yo	¿Cómo se visualiza usted en su casa? (23) ¿Cómo se visualiza usted en su comunidad? (23)
Crecimiento y desarrollo	¿Ha tenido a través de su vida algún problema que le haya impedido su crecimiento físico? (23) ¿Cree usted que ha tenido un desarrollo personal satisfactorio hasta el momento? (23)
Imagen corporal	¿Se siente a gusto con su imagen corporal? ¿Ha tenido cambios en su imagen corporal?
Espacio	¿Dónde vive? (23) ¿Con quién vive? (23)
Tiempo	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la EPOC? ¿Cómo inició la enfermedad? (23)
Sistema interpersonal	
Interacción	¿Cómo es la relación entre usted y las personas con las que trata diariamente? (23) ¿Cómo es su relación con el personal de salud?

Comunicación	¿Cómo es la comunicación con su familia y con las personas con las que se relaciona diariamente?
	¿De qué manera comunica sus sentimientos a las personas que lo rodean?
	¿Sigue las recomendaciones que le han dado para el manejo de su enfermedad? (Uso de inhaladores, uso de técnicas de conservación de energía)
	¿Qué actividades (hábitos) ha cambiado o ha adicionado en su vida para manejar la enfermedad?
Rol	¿Qué rol desempeña usted actualmente en su hogar y en su trabajo?
	¿Cómo ha cambiado su rol familiar, laboral y social desde el diagnóstico de la enfermedad?
Estrés	¿Qué es lo que más le causa estrés? (23)
	¿Con qué frecuencia se siente así? (23)
Sistema social	
Organización	¿Cómo organiza sus actividades en la vida cotidiana, para alcanzar sus objetivos y los de su familia?
Autoridad	¿Qué autoridad piensa que tiene frente a las decisiones de su vida-enfermedad?
Poder	¿Quién influye en sus decisiones con respecto a su enfermedad? (23)
Estatus	¿Cómo define su condición económica actualmente? (23)
Toma de decisiones	¿Cómo se da el proceso de toma de decisiones en su hogar? (23)
	¿Quién toma las decisiones con respecto a su situación de salud?
	¿Considera que posee la información necesaria para tomar decisiones con respecto a su situación de salud?

FUENTE: elaboración propia.

Por otra parte, la teoría de la consecución de los objetivos maneja diferentes propuestas que describen las relaciones entre los conceptos mencionados, las cuales pueden aplicarse al cuidado del paciente con EPOC:

Si existe precisión en las percepciones que se generan en la interacción enfermero-paciente, se producirán transacciones (18). Las percepciones son esenciales en el proceso de valoración que realiza el profesional de enfermería al paciente con EPOC, pues con ellas se obtiene una representación de la realidad del paciente y su sintomatología (disnea, fatiga, tos, disminución de la capacidad funcional), lo que permite detectar sus necesidades y, basándose en ello, realizar las transacciones que, mediante un mutuo acuerdo, facilitan el planteamiento de los objetivos del proceso de atención de enfermería a través del establecimiento de una relación recíproca entre el enfermero y el paciente.

Los objetivos del manejo del paciente con EPOC que se plantean con base en las transacciones pueden enfocarse en diferentes aspectos de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente (14,15):

- Reducción de los síntomas.
- Mejoría de la calidad de vida.
- Disminución de las exacerbaciones.
- Incremento del rendimiento físico y social.

Si el enfermero y el paciente realizan transacciones, se alcanzarán los objetivos (18). Es importante anotar que en el cuidado del paciente con EPOC es imprescindible establecer una interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el paciente, en la cual, a través de la comunicación, no solo se establezcan los objetivos del tratamiento y del proceso, sino que se promueva su cumplimiento. Estos, finalmente, conseguirán reintegrar al paciente al desarrollo de sus actividades y mejorar la comunicación con el entorno por medio del desempeño óptimo de sus roles.

En el proceso de cumplimiento de los objetivos es necesario establecer, en conjunto con el paciente, las actividades que deben desarrollarse para obtener de manera satisfactoria las metas planteadas. Estas actividades pueden, según las necesidades de cada paciente, estar dirigidas a:

- El manejo de la broncoobstrucción mediante el uso adecuado de los inhaladores, lo cual a su vez incluye cumplir los horarios establecidos y realizar una técnica inhalatoria adecuada de acuerdo con el tipo de inhalador prescrito y con el uso o no, de la inhalocámara.
- La prevención o suspensión del hábito tabáquico, pues el cigarrillo se considera uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, de modo que su suspensión es indispensable para su control. Este objetivo puede conseguirse a través de la consejería antitabáquica o la terapia de reemplazo de nicotina (24).
- La educación sobre estilos de vida saludable, disminución de factores de riesgo, técnicas de manejo de la disnea, identificación y manejo de las exacerbaciones y cumplimiento de esquemas de vacunación como la influenza y neumococo, ayuda a reducir las complicaciones

graves y la mortalidad en pacientes con edad avanzada y diagnóstico de EPOC (9).

- La administración de oxígeno domiciliario aumenta la capacidad para el ejercicio y disminuye la disnea, y con ello mejora la calidad de vida del paciente (9).
- La rehabilitación respiratoria, la cual promueve la reducción de los síntomas de la enfermedad, el incremento de la calidad de vida y el rendimiento físico y social del paciente, a través del entrenamiento de miembros inferiores y superiores, así como de los músculos respiratorios.

Si se consiguen los objetivos, se producirá satisfacción (18). Conseguir que el paciente con EPOC, a través de diferentes actividades, experimente una reducción de la disnea, una mayor tolerancia a la actividad física y, en general, una mejoría de la calidad de vida, incrementará la satisfacción del paciente, aspecto que se convierte en uno de los objetivos principales de la atención de enfermería, pues refleja la calidad del cuidado brindado.

Si se consiguen los objetivos, los cuidados de enfermería habrán sido eficaces (18). El proceso de evaluación del plan de atención de enfermería permite al profesional a cargo del cuidado del paciente con EPOC determinar si las intervenciones realizadas promueven la consecución de los objetivos o, por el contrario, implican la realización de ajustes para incrementar o mejorar los resultados. Los resultados de las intervenciones en el cuidado del paciente con EPOC se pueden medir en términos de mejoría de la disnea, tolerancia a la actividad, calidad de vida y reducción de las exacerbaciones, aspectos que se constituyen como objetivos del manejo del paciente.

Si se producen transacciones en las interacciones entre el enfermero y el paciente, se favorecerá el crecimiento y desarrollo (18). Cuando hay una interacción recíproca entre ellos, se promueve la consecución de los objetivos y la restauración de la salud; además, se favorecerán los cambios acordes con las etapas del crecimiento y desarrollo del paciente, que para el caso de aquellos que padecen de EPOC serán las etapas de productividad frente a estancamiento e integridad frente al desespero, de Erik Erickson.

En la etapa de productividad frente a estancamiento se espera que el individuo logre participar de forma activa en el cuidado, la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, los hijos de los otros y de la sociedad, al dedicar tiempo también para sí mismo (25). Y en la etapa de integridad frente al desespero, se espera que el adulto llegue de manera íntegra al final de la vida aceptándose a sí mismo y su historia personal (25).

Si las expectativas del rol y su ejercicio, percibidos por el enfermero y el paciente son congruentes, se producirán transacciones (18). Durante el establecimiento del proceso de comunicación terapéutica, el enfermero debe demostrar claramente su rol como cuidador, educador y facilitador del proceso de restauración de la salud (26,27); de esta forma el paciente verá congruencia entre los roles y se puedan establecer por mutuo acuerdo los objetivos del tratamiento y del plan de cuidados que guiará el manejo.

Si el enfermero con conocimientos y aptitudes especiales comunica la información adecuada al paciente, se producirá un establecimiento de objetivos de mutuo acuerdo y su consecución (18). Como se ha mencionado, la educación es uno de los pilares en el tratamiento del paciente con EPOC, y está específicamente a cargo de los profesionales de enfermería; por lo tanto, estos deben ejercer su rol como educadores y, con base en un adecuado proceso de comunicación, transmitir la información necesaria para que el paciente consiga los objetivos planteados.

Existen diferentes guías de manejo y estudios en pacientes con EPOC (17,28-30), en los cuales la educación cobra un papel relevante por el incremento en las probabilidades de cumplimiento del régimen terapéutico, disminución en el grado de ansiedad, reducción significativa del impacto psicosocial de la enfermedad, identificación precoz de los síntomas de las exacerbaciones, consulta oportuna a los centros de salud e incremento en la calidad de vida, además de la reducción de las hospitalizaciones y, con ello, la demanda y los costos de los servicios.

Es entonces prioritario que los pacientes posean la mayor información posible acerca de la naturaleza de su enfermedad, los factores que la exacerban y su tratamiento, haciendo hincapié en la importancia de la adherencia al manejo como parte fundamental de la adquisición de una actitud más positiva hacia el tratamiento, una mejoría en la calidad de vida y todos los beneficios que ello trae consigo. Para el éxito de estos objetivos se requiere un programa de educación continuada dirigido al paciente, su familia y el público en general. La educación debe estar integrada a todas las intervenciones médicas, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y atención domiciliaria, y en ella debe participar todo el personal involucrado en el cuidado del paciente, lo cual debe complementarse con material educativo apropiado (9).

Por esta razón, los programas de educación al paciente con EPOC deben comprender (31,32):

- Información sobre la naturaleza de la EPOC.
- Información sobre los tratamientos y sus fundamentos.
- Información para la suspensión del acto tabáquico.
- Importancia de la vacunación.
- Programa de reentrenamiento muscular.
- Adopción de estilos de vida saludables.
- Técnicas para la mejoría de la disnea.
- Pautas de manejo y prevención de las exacerbaciones.

Algunos autores (31,33,34) recomiendan que la educación debe comenzar desde el primer momento de contacto con el paciente, ser continua, involucrar a los familiares y adaptarse a la condición social y cultural del paciente, pues debe extenderse al entorno en el cual se desenvuelve el individuo, para ayudarlo a él y a sus cuidadores a asumir una mayor responsabilidad en su autocuidado. Además de ello, como parte de las estrategias educativas, son importantes los métodos de transmisión de la información, como materiales escritos, talleres y actividades en equipo (31,32,35), pues favorecen el refuer-

zo grupal y la retroalimentación de los pacientes, consiguen la adopción de conocimientos y habilidades como parte de la adherencia al tratamiento y se asocian a un menor tiempo para el cumplimiento de los objetivos.

Todos los aspectos mencionados facilitan la aplicación de la teoría de King a cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería del paciente (33). Así, la interacción inicial entre el profesional de enfermería y el paciente genera una relación entre estos actores, influenciada por las percepciones que se tienen del otro y la comunicación que se establece entre ellos y facilita el proceso de recolección de la información en la etapa de valoración, lo que permitirá el planteamiento de los diagnósticos de enfermería con base en las necesidades identificadas. Así mismo, esta interacción y comunicación entre el paciente y el profesional de enfermería facilitará el establecimiento de objetivos comunes y el planteamiento de actividades que favorezcan su cumplimiento. Y, finalmente, la etapa de evaluación que se realiza de forma transversal al proceso permitirá evaluar el cumplimiento de los objetivos. Es importante anotar que este proceso solo conseguirá los objetivos si existe una adecuada interacción entre el profesional de enfermería y el paciente, pues esta es el elemento facilitador.

Conclusiones

- La EPOC es un problema de salud pública mundial y condiciona la calidad de vida de las personas que la padecen. Ello hace imprescindible la vinculación del profesional de enfermería en el cuidado de estos pacientes, bajo la luz de la aplicación de diferentes teorías de enfermería, como la consecución de objetivos de King, para facilitar el cumplimiento de las metas propuestas en los planes de atención de enfermería.
- La teoría de la consecución de objetivos de King establece que debe existir una interacción entre el paciente y el profesional de enfermería, donde, a través de la comunicación cada uno aporte diferentes conocimientos, necesidades, objetivos, experiencias y percepciones, pues ellas llevan a transacciones que conducen finalmente al logro de los objetivos del paciente con EPOC, de modo que supla el déficit de conocimientos, se consiga una mayor aceptación del tratamiento, se incremente la confianza para aplicar los conocimientos adquiridos y se fomente un mejor desempeño del rol del paciente.
- Los tres sistemas de interacción dinámica, el personal, interpersonal y social de la teoría de King, se convierten en herramientas que le permiten al profesional de enfermería orientar una valoración y atención integral del paciente con EPOC, a través de la utilización de los conceptos como el yo, percepción, crecimiento y desarrollo, imagen corporal, espacio, tiempo, rol, interacción, comunicación, transacción, estrés, organización, autoridad, poder, estatus y toma de decisiones.
- La aplicación de las propuestas que describen las relaciones entre los conceptos de la teoría de King, así como el desarrollo eficaz de la

interacción entre el profesional de enfermería y el paciente, facilitará establecer objetivos e intervenciones de mutuo acuerdo, que finalmente se traducen en resultados positivos para el paciente con EPOC, en términos de reducción de los síntomas, mejoría de la tolerancia a la actividad, incremento de la calidad de vida, disminución de las exacerbaciones e aumento del rendimiento físico y social.

- Es imprescindible aplicar teorías de enfermería a los planes de cuidado de los pacientes con EPOC, lo cual favorecerá el fortalecimiento de la relación terapéutica entre el paciente y el profesional, así como la consecución de las metas planteadas durante el proceso.
- La educación dirigida al paciente con EPOC no mejora por sí sola los síntomas del paciente; pero tiene un papel muy importante en la mejoría de la capacidad del paciente y su familia para conocer la enfermedad, participar activamente en su tratamiento y cumplir con las medidas prescritas, lo que repercutirá positivamente en la calidad de vida de estos pacientes.

Referencias

1. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio [internet]. Santiago; 2006. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guias-ges/enfermedadpulmonar.pdf>.
2. Muiño A, López MV, Menezes AM. Prevalencia de la EPOC y sus principales factores de riesgo: proyecto PLATINO en Montevideo. *Rev Med Uruguay*. 2005;21:37-48.
3. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL Study). *Chest* [internet]. 2008 Feb [citado 2012 nov]; 33(2):343-9- Disponible en: <http://www.neumologica.org/Archivos/prepocol.pdf>.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estrategia en EPOC del sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid; 2009. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Malalties_de_laparell_respiratori/documents/arxiu/estrategia_epoc.pdf.
5. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1498-504.
6. Martínez D, Fernández M, García M, Pérez R. La carga económica de la EPOC. Análisis de los costos a nivel internacional. *Neumol Cir Torax*. 2011;70(2):118-26.
7. Pérez N, Murillo R, Pinzón C, Hernández G. Costos de la atención médica del cáncer de pulmón, la EPOC y el IAM atribuibles al consumo de tabaco en Colombia (proyecto multicéntrico de la OPS). *Rev Colomb Cancerol*. 2007;11(4):241-9.

8. Giraldo H. EPOC: diagnóstico y tratamiento integral, con énfasis en rehabilitación pulmonar. 3ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008.
9. Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC: diagnóstico y manejo integral. Recomendaciones. Rev Colomb Neumol. 2003;15(Supl):S1-34.
10. Dennis R, Maldonado D, Norman S, Baena E, Martínez G. Woodsmoke exposure and risk for obstructive airways disease among women. Chest. 1996;109:115-9.
11. Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. Terapia Psicológica [internet]. 2011;29(1):65-75. Disponible en: <http://teps.cl/files/2011/06/Art-7-vinaccia1.pdf>.
12. Ramírez R. Calidad de vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Cienc Salud. 2007;5(1):90-100.
13. Valero C, Monteagudo M, Llagostera M, Bayona X, Granollers S, Acedo M, et al. Evaluation of a combined strategy directed towards health-care professionals and patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): information and health education feedback for improving clinical monitoring and quality-of-life. BMC Public Health [internet]. 2009 Dec 1;9:442. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799410/pdf/1471-2458-9-442.pdf>
14. Ramos PL, López SM, Sánchez GM, Rodríguez J.M. Tratamiento farmacológico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿dónde nos encontramos? Rev Patol Respir [internet]. 2005;8(supl 2):269-75. Disponible en: <http://neumomadrid.info/images/upload/Patol%20resp%208supl%202.pdf#page=7>.
15. Fierro G, Mahler DA. Exercise prescription for patients with chronic lung disease. Clin Pulm Med. 2002;9(1):1-5.
16. Sayas JC, Echave JM, Tomé M. Tratamiento no farmacológico de la EPOC: de la rehabilitación al trasplante. Rev Patol Respir [internet]. 2005;8(supl 2):226-31. Disponible en: http://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/pr_8-s2_226-231.pdf.
17. Rodríguez M, Sánchez MD. Efectividad de una intervención educativa individual y en grupo, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enf Clínica [internet]. 2003;3(13):131-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v13n03a13047847pdf001.pdf>.
18. Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.
19. Rodríguez MR, Sánchez MD. Efectividad de una intervención educativa individual y en grupo, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enf Clínica. 2003;13(3):131-6.
20. King IM. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: Wiley Medical Publications; 1981.
21. Moreira TM, Araújo T de. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King.

- Rev Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2002 Ene [citado 2013 ene 02];10(1):97-107. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000100015>.
22. Ramírez N. Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el posparto inmediato: atención obstétrica a la luz de Imogene King. *Enfermería en Costa Rica*. 2011;32(1):3-10.
 23. Villarreal Vásquez A, Rojas Pérez A, Marengo Obando P. Presentación de caso clínico fundamentado en la teoría de logro de Metas de Imogene King [internet]. Disponible en: <http://www.bibliomaster.com/pdf/4384.pdf>.
 24. Gutiérrez M. EPOC: propuesta de manejo simple del manejo estable. *Rev Chil Enferm Respir* [internet]. 2002 [citado 2013 jun 14];18(3):182-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482002000300008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-73482002000300008.
 25. Bordignon N. el desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación* [internet]. 2005;2(2):50-63. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/695/69520210.pdf>.
 26. Zabalegui Yáñez A. El rol del profesional de enfermería. *Aquichán*. 2003;3(3):16-20.
 27. Souza L, Wegner W, Gorini MI. Educación en salud: una estrategia de cuidado al cuidador lego. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2007 [citado 2013 ene 2];15(2):337-43. doi: 10.1590/S0104-11692007000200022.
 28. Emery CF, Schein RL, Hauck ER, MacIntyre NR. Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol*. 1998;17:232-40.
 29. Bentsen SB, Wentzel TL, Henriksen AH, Rokne B, Wahl AK. Self efficacy as predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation-A exploratory study. *Patient Educ Couns*. 2010;81:5-13.
 30. Soler JJ, Martínez MA, Román P, Orero R, Terrazas S, Martínez A. Eficacia de un programa específico para pacientes con EPOC que presentan frecuentes agudizaciones. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:501-8.
 31. Gene RJ, Giugno ER, Abate E, Figueroa JC, Mazzei JA, Schiavi EA. y Grupo de Consenso de EPOC Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Medicina (B. Aires)* [internet]. 2003;63(5):419-44. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v63n5a12.pdf>.
 32. Coll-Fernández R, Pascual MT, Coll R. Estado actual de la educación para la salud en los programas de rehabilitación respiratoria. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45(2):159-165. doi:10.1016/j.rh.2011.03.004.
 33. William LA. Imogene King's interacting systems theory: application in emergency and rural nursing. *Online Journal of Rural Nursing*

- and Health Care [internet]. 2001;2(1). Disponible en: <http://www.thefreelibrary.com/Imogene+King%27s+interacting+systems+theory%3A+application+in+emergency...-a0174057681>.
34. Ramos Medeiros CM, Ribeiro García T, Simon Coler M. Processo de enfermagem aplicado a cliente com câncer de mama: estudo de caso embasado no referencial teórico de Imogene King. Rev Rene Fortaleza. 2000;1(1):61-7.
 35. Silva DM, Souza SS, Francioni FF, Meirelles BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(1):7-14.