



INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN FUMADORES MAYORES DE 40 AÑOS. POLICLÍNICO 4 DE AGOSTO, MARZO 2019-2020

Autores: Yasmina López Borges¹, Lizandra Betancourt Fuentes², Katia Bell Pérez³.

¹ Especialista de Primer y Segundo Grado de Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Mártires del 4 de agosto. Cuba. Correo: yasminalb@infomed.sld.cu. Teléfono: 55307469. ORCID: 0000-0002-4463-0560

² Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Emilio Daudinot Bueno. Cuba. ORCID: 0000-0001-7754-5461

³ Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Policlínico Emilio Daudinot Bueno. Cuba. ORCID: 0000-0002-7911-1891

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es considerada un problema sanitario de primera magnitud a nivel mundial con una incidencia actual claramente en aumento. **Objetivo:** Elevar el nivel de conocimientos sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en pacientes fumadores mayores de 40 años. **Material y Método:** Estudio de Intervención Educativa, Policlínico 4 de agosto del municipio Guantánamo en el período comprendido entre marzo 2019 a marzo 2020. El universo de estudio estuvo compuesto por 91 pacientes fumadores, dentro de los cuales se seleccionó una muestra de 50 pacientes al azar por muestreo aleatorio simple. Los resultados obtenidos se procesaron mediante el sistema estadístico SPSS-11.5.1 utilizándose el número y por ciento como medida de resumen. Se utilizó la prueba de McNemar, para una significación estadística de $p < 0,05$. **Resultados y Discusión:** Predominó el conocimiento inadecuado sobre los factores de riesgo de la enfermedad (90%), sus principales síntomas (96%) y las medidas para su prevención (98%). Luego de la intervención se logró elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad en los pacientes participantes en el estudio (100%). **Conclusiones:** Se calificó de efectiva la intervención al cumplirse los objetivos propuestos.



Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; fumadores; nivel de conocimientos; intervención educativa.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad común, prevenible y tratable, que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo persistente, generalmente progresiva y asociada a una reacción inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas y gases nocivos, que no es completamente reversible. Tratar el tema de actualización de la enfermedad resulta difícil por la escasa importancia que se presta a las enfermedades pulmonares crónicas y a las enfermedades crónicas en general a nivel mundial.^{1,2,3,4}

Ha sido por muchos años una enfermedad cuya importancia como problema de salud pública ha sido subvalorada por falta de conciencia de su gravedad y magnitud, junto a un importante subdiagnóstico clínico.^{5,6,7,8}

Puede definirse como una enfermedad producida por una combinación variable de enfermedad de la pequeña vía aérea (bronquiolitis obstructiva) y de destrucción del parénquima pulmonar (enfisema), caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible, puede acompañarse de hiperreactividad bronquial y habitualmente es progresiva.^{9,10,11,12}

El diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva debe considerarse en cualquier paciente que presenta síntomas como tos, aumento de la producción de esputo o disnea, y/o antecedentes de exposición a los factores de riesgo de la enfermedad. El diagnóstico se confirma por medio de la espirometría.^{13,14,15}

Puede considerarse una enfermedad grave, cuyo principal y casi exclusivo factor de riesgo es el consumo de tabaco; y, constituye la enfermedad respiratoria de mayor prevalencia e impacto socioeconómico en nuestro medio.^{16, 17, 18, 19}

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una de las más prevalentes y, a pesar de ello, desconocidas en el entorno y ámbito asistencial. Según el estudio IBERPOC, realizado en siete zonas geográficas diferentes de España, el 13 por ciento de los fumadores (dos millones de personas) desarrollan la enfermedad. Esto, trasladado a un cupo medio de Atención Primaria de 2 000 pacientes, significa que habrá 700 fumadores y, de ellos, casi 95 con esta enfermedad.^{20,21,22}



Alarmanamente, de los casos diagnosticados, el 78 por ciento desconocía que padecía la enfermedad y sólo el 39 por ciento de los enfermos recibía un tratamiento adecuado. Es más, casi la mitad de los pacientes en un estadio grave no recibían tratamiento para esta enfermedad.^{23,24,25,26, 27}

Por todo ello, es considerada como un problema sanitario de primera magnitud, con una incidencia actual claramente en aumento; en gran medida evitable y con novedosas opciones terapéuticas. Es un trastorno permanente y lentamente progresivo, caracterizado por la limitación del flujo aéreo a través de las vías respiratorias, en ocasiones parcialmente reversible, y que es producida por una reacción inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos.^{28,29,30}

Según la OMS 210 millones de personas en todo el mundo padecen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En 2005 más de 3 millones de personas murieron por esta enfermedad, lo que supuso el 5% del total de las defunciones registradas en aquel año. En 2004 se estima que en el mundo se perdieron 30,2 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Esta cifra representa el 2% sobre el total de AVAD. En los países desarrollados las cifras relativas son ligeramente superiores al situarse en el 3% de AVAD perdidos sobre el total.³¹

La OMS pronostica que en el 2030 la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica será la causante del 7,8% de todas las muertes y del 27% de las muertes relacionadas con el tabaco, solo superada por el cáncer (33%) y por las enfermedades cardiovasculares (29%). En este contexto cabe destacar que el riesgo de cáncer de pulmón aumenta significativamente en quienes padecen la enfermedad.³¹

Los estudios epidemiológicos son complejos y costosos por lo cual en América Latina existe escasa evidencia sobre cifras de prevalencia en estudios bien diseñados. Dada la alta prevalencia de factores de riesgo, en especial el tabaquismo, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica representa un serio problema de salud pública que todavía no ha sido reconocido como tal por el grupo médico y la población general.³¹

En Cuba en el año 2020³² existieron 3 558 defunciones por enfermedades crónicas de las vías respiratorias, para una tasa bruta de mortalidad de 31,8%.



De estos indicadores nuestra provincia Guantánamo en el año 2020; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias constituyeron la séptima causa de muerte con 158 fallecidos para un 31.3% según anuario estadístico de salud.^(32,33)

En el Policlínico 4 de agosto al cierre del año 2018 se reportaban 932 pacientes fumadores, de ellos 72 padecían EPOC.

Problema científico: Insuficiente conocimiento sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en pacientes fumadores mayores de 40 años del Policlínico 4 de agosto.

Los mismos no conocen que el fumar es un factor de riesgo para padecer de esta entidad, los síntomas que hacen sospechar en la misma, las complicaciones y formas de prevenirlas y tratarlas para tener una mejor calidad de vida.

Por todo lo antes expuesto se decidió realizar el presente trabajo de terminación de residencia, basados en la **Hipótesis:** ¿Sí se educa correctamente a los pacientes fumadores sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se elevarán los conocimientos sobre el tema y secundariamente disminuiría la incidencia de esta enfermedad?

OBJETIVO

- ❖ Elevar el nivel de conocimiento sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en pacientes fumadores mayores de 40 años del Policlínico 4 de agosto en el período de marzo 2019 a marzo 2020.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una intervención educativa, longitudinal y retrospectiva, dirigida a elevar el nivel de conocimiento sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en pacientes fumadores mayores de 40 años del Policlínico 4 de agosto, municipio Guantánamo, en el período comprendido entre marzo 2019 y marzo 2020.

El universo estuvo compuesto, por 91 pacientes fumadores mayores de 40 años del que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio, de los cuales se seleccionó una muestra de 50 pacientes, al azar, mediante un muestreo aleatorio simple.



El estudio comprendió 3 etapas:

Etapa diagnóstica

- Se citó a los pacientes para solicitar su consentimiento de participar en la intervención, seleccionándose los que fueron objetos de estudio a los que se les llenó el anexo 1(Consentimiento informado), y posteriormente se les realizó una Encuesta diseñada por los autores y previamente validada por Comité de Expertos (anexo 2) lo cual permitió realizar el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje de los pacientes participantes.
- La encuesta constó de 5 preguntas con 20 incisos correctos, cada inciso correcto tiene un valor de 5 puntos para un total de 100 puntos. Existen incisos incorrectos en cada pregunta sin valor.

Los incisos correctos por pregunta son:

Pregunta 1: b,e,f,g

Pregunta 2: b,d,e,h

Pregunta 3: b,c,e,h

Pregunta 4: a,d,e,f

Pregunta 5: c,d,e,f

Cada pregunta se consideró adecuada si solo existió un inciso incorrecto.

Al finalizar se realizó la suma de todas las respuestas correctas y se clasificaron los conocimientos de:

Adecuados: Si obtuvo 60 puntos o más.

Inadecuados: Si obtuvo menos de 60 puntos.

Etapa de intervención

Se dio inicio a la intervención educativa donde se impartió el programa de clases personalmente por los autores durante 2 meses, con un tiempo de 16 horas, 8 horas mensuales, 2 horas semanales los días viernes de cada semana de 2 a 4 pm.

Etapa de evaluación

En un segundo momento, pasado 6 meses de la intervención se repitió la Encuesta (anexo 2) con las mismas características de su calificación y se evaluaron las modificaciones de los conocimientos antes y a los 6 meses de la intervención. En los resultados se consideró antes y después sobre la base de este período de tiempo.



- Métodos empleados: Se utilizarán los siguientes métodos:

Métodos teóricos: Dentro de los métodos teóricos se destacó la utilización del histórico lógico que permitió obtener la información sobre el desarrollo del tema a través del tiempo mediante una amplia revisión de la bibliografía disponible. También se consultaron estudios nacionales e internacionales referentes al tema en cuestión.

Métodos empíricos: Se realizó una revisión documental de las historias clínicas y se aplicó una encuesta a los pacientes fumadores incluidos en el estudio.

Métodos matemáticos: Se utilizó la Estadística Descriptiva.

Técnica y procedimientos

Se realizó una amplia y profunda revisión bibliográfica en las bases de datos existentes en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas como Biomed Central, CUMED, DYNAMED, EBSCO, PUBMED, Salud en español, la Biblioteca Médica Nacional y del Departamento de Maestría de Salud en Santiago de Cuba, utilizando además otras bibliografías recibidas por Infomed e Internet.

La información obtenida se procesó mediante el sistema estadístico SPSS-11.5.1 utilizándose el por ciento como medida de resumen. Los resultados obtenidos se presentan en cuadros de contención y en gráficos ilustrativos.

En todos los cuadros donde existieron condiciones para su aplicación se utilizó la prueba de McNemar, con una significación estadística de $p < 0,05$.

Se procedió al análisis de toda la información obtenida, realizando las comparaciones con otros estudios y la bibliografía consultada llegándose a conclusiones y emitiendo la recomendación pertinente.

En este estudio se cumplieron los criterios de confidencialidad hacia el paciente según fue conveniado con ellos a través del modelo de consentimiento informado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El 90% de los pacientes desconocían los factores de riesgos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según se evidenció en la tabla 1; cifra que se revirtió favorablemente para lograr un 98% con conocimientos adecuados después la intervención. Estos resultados coinciden con los obtenidos en sus



investigaciones por Rosales Fabra³⁰ quien logró elevar los conocimientos en sus pacientes estudiados.

Según Guerra, la enfermedad es frecuente, prevenible y tratable. Se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible, asociada a una reacción inflamatoria pulmonar persistente principalmente frente al humo del tabaco y leña, que puede estar o no acompañada de síntomas (disnea, tos y expectoración), exacerbaciones, efectos extrapulmonares y enfermedades concomitantes, para el diagnóstico de la enfermedad es imprescindible realizar una espirometría que permita confirmar la presencia de obstrucción al flujo aéreo, que se mide al establecer una relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada que sea < 0.70 posterior al uso de un broncodilatador inhalado. Tabaquismo, exposición a biomasa, antecedente de tuberculosis, infecciones respiratorias y tos recurrente en la infancia, contaminación ambiental y exposición laboral, déficit de $\alpha 1$ -antitripsina, genética, bajo nivel socioeconómico, género. ⁽³⁴⁻³⁷⁾

En la tabla 2 se observa que fue deficiente el conocimiento de los principales síntomas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, donde el 96% de los participantes antes de la intervención, fue calificado con conocimientos inadecuados, situación que se revirtió favorablemente cuando el 100% de ellos pasó a la categoría de conocimientos adecuados después de la misma.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en sus investigaciones por Calderón⁴ y Rosales³⁰ quienes lograron similar modificación positiva de los conocimientos en sus pacientes estudiados.

Salgado²⁶ plantea que, por consenso internacional, se acepta que un paciente padece Bronquitis Crónica si presenta tos y/o expectoración durante más de tres meses al año por dos años consecutivos. El enfisema pulmonar se define en términos como la destrucción permanente de los espacios aéreos más allá del bronquiolo terminal. La desaparición de las paredes alveolo-capilares supone la coalescencia de alvéolos vecinos, causa la aparición de auténticas cavidades en el seno del parénquima pulmonar (bullas), dificulta el tránsito de la sangre a través de la circulación pulmonar, lo que es motivo de hipertensión pulmonar (HP) y cor pulmonale, y altera de forma notable el intercambio pulmonar de



gases, especialmente durante el ejercicio. Como se ha comentado anteriormente, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no sólo se circunscribe exclusivamente al pulmón, sino que también tiene consecuencias sistémicas significativas. Los denominados efectos sistémicos son de descripción relativamente reciente.

Aunque en la actualidad es imposible determinar si se trata de una mera asociación de circunstancias o si la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la responsable de la afectación sistémica de muchos pacientes, lo bien cierto es que las guías de actuación clínica no se limitan exclusivamente al aspecto pulmonar de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Aspectos tales como la inflamación sistémica, la comorbilidad cardiovascular, la malnutrición, la disfunción muscular esquelética, las alteraciones endocrino-metabólicas, la anemia, la ansiedad o la comorbilidad infecciosa, deben ser tenidos en cuenta en el manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Dentro de los factores de riesgo más frecuentes se plantean, exposición a partículas inhaladas, sexo, infecciones respiratorias, desarrollo pulmonar, estrés oxidativo, genes específicos, déficit de $\alpha 1$ antitripsina, estado socio-económico, nutrición.^{5,6,29}

Se observa en la tabla 3, que el 98% de los pacientes desconocía las medidas para prevenir la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, antes de la intervención, situación que se revirtió favorablemente hasta alcanzar un 98% de alumnos con conocimientos adecuados luego de la misma.

Barrera⁹ señala que la educación sanitaria no mejora la función pulmonar de los pacientes ni la tolerancia al ejercicio, pero puede optimizar la capacidad de sobrellevar la enfermedad y su estado general de salud. Además, es eficaz para alcanzar ciertas metas específicas, como el cese del hábito de fumar.

La abstención del hábito de fumar es la intervención más simple y más rentable para reducir el riesgo de desarrollar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y detener su progresión en cualquier estadio.^(38,39) El cese del tabaquismo reduce la tasa de mortalidad por cualquier causa en aproximadamente un 27%. La simple recomendación del médico consigue una abstinencia a largo plazo del 5%, pero además disponemos de distintos tratamientos farmacológicos eficaces para la dependencia del tabaco. Numerosos estudios indican que la terapia sustitutiva de



nicotina en cualquiera de sus formas (chicle, inhalador, aerosol nasal, parche transcutáneo, tableta sublingual o gragea) aumenta la tasa de abstinencia a largo plazo hasta un 16-22%. También antidepresivos como el bupropion han demostrado incrementar la tasa de abandono del hábito de fumar hasta el 30% a un año, y hasta el 35% si se asocia a parches de nicotina^{30, 35}.

Muchos fumadores desconocen que realmente pueden abandonar el mal hábito de fumar y piensan que están condenados para toda la vida a seguir con el consumo. El número de hombres que fuman en los países desarrollados está descendiendo rápidamente, pero el de los países subdesarrollados (que son la mayoría de los países) sigue aumentando. Señala que los fumadores que piensan en dejarlo se pueden beneficiar de la asistencia médica. La selección de una fecha concreta, el cambio del patrón del hábito de fumar (mediante modificación de la conducta) y la superación del "mono" son pasos secuenciales importantes. Los médicos deben enseñar y animar el mantenimiento de un estado vital sin tabaco y prevenir las recaídas.⁴⁰

El 96% de los alumnos, tabla 4, presentó deficiencias en el conocimiento relacionado con las complicaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, antes de la intervención, luego de la misma se revirtió favorablemente lográndose el 100% de alumnos con conocimientos adecuados.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en sus investigaciones por Cruz¹³, Calderón¹⁶ y Rivas²⁰ quienes lograron elevar los conocimientos en sus pacientes estudiados. Los resultados alcanzados fueron significativos estadísticamente para $p < 0,05$.

Espino²⁹ plantea que el uso indebido de alcohol, tabaco y drogas es creciente en el ámbito mundial. En lo referente a la escuela, estos se perciben a menudo impotentes cuando tratan de influir en la conducta de los niños, el inicio y desarrollo de prácticas de riesgo tales como consumir alcohol, tabaco o drogas, tener relaciones sexuales no protegidas, o, por el contrario, el desarrollo de prácticas saludables y el afrontamiento efectivo de problemas de salud. Resulta evidente que las prácticas de salud y de riesgo de la infancia «se producen» en sus contextos interpersonales significativos, en especial, la familia, escuela y el grupo de iguales. Por otra parte, los recién nacidos de las mujeres que fuman durante el embarazo, tienen como promedio 200 gramos menos de peso que los



de las mujeres que no fuman, además de aumentar las posibilidades de muerte fetal o neonatal. Fumar es una enfermedad no solo individual, es también una enfermedad social, por lo que es una responsabilidad de todos.

Como resultado final en la tabla 5 se observa que 50 pacientes para un 100%, fueron calificados con conocimientos adecuados luego de la intervención, principalmente por el interés mostrado sobre el tema y los conocimientos adquiridos.

CONCLUSIONES

Predominó el nivel de conocimientos deficiente en los pacientes fumadores sobre esta enfermedad y sus factores de riesgo antes de la intervención educativa. El mayor número de personas desconocían los principales síntomas y complicaciones de la misma y se logró elevar el nivel de conocimiento respecto a este tema en los pacientes fumadores de nuestra área de salud por lo cual se calificó de efectiva la intervención al cumplirse los objetivos propuestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anzel Hurí A. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Sociedad Uruguaya de Pediatría. Sobre los factores de riesgos de insuficiencia cardiaca. Cerro. Uruguay, 2014: p.63.
2. Pascual Robledo J. Intervención comunitaria sobre las infecciones respiratorias agudas [tesis]. Policlínico "Armando García Aspuru". La Habana. 2014.
3. Carral Moreno G. Bronquitis bacteriana y su manejo. México, sobre los factores de riesgos de insuficiencia cardiaca. Manolova. Coahuila, 2015: p.22-25.
4. Calderón Cruz D. Acciones comunitarias en educación sobre las infecciones respiratorias agudas. Editorial INSERSO. España; 2014:p. 42.
5. Robaina Suárez G, Campillo Moliera R. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas. Rev. Peruana de Med, 2014; 75(2): 31-9.
6. Saenz Lorens X. Sepsis y shock séptico, Cáp. 2 Infectología. Ed. González S.N. S/E. Colombia. 2014;p. 29-32.



7. Segura CE, Arredondo JL. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica En: Arredondo JL, Figueroa DR. Editorial Juárez. Temas actuales de Infectología. Intersistemas. México DF, 2015: p. 323-35.
8. Gallardo B. Factores de riesgo sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un hospital de III nivel en la ciudad de México. Rev. Esp. Quir. México, 2015; 10(2): 21-24.
9. Barrera S. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Rev Chil Med. Chile. 2014; 72(4): 384-95.
10. Deschenes J. Afecciones respiratorias por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio preliminar. OPS. 2015 Feb;13(1):33-8.
11. Buggage R. Evaluación inicial de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. OPS. 2015 May;112(3):764-70.
12. Moncada LP. Sepsis, Riesgos y Profilaxis en cuidados intensivos. Sección Casos Clínicos. Rev. Med. Santiago de Chile. Agosto 2014; (2): 67-72.
13. Cruz Matos I. Intervención comunitaria sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en un Grupo Básico de Trabajo. [tesis]. Policlínico "Centro". Guantánamo. 2013.
14. Washington DC; Organización Panamericana de la Salud: 2014:p. 46.
15. Backer CD. Effect of general practitioners advice agaist amoking. BMI. EEUU.2013: p.11.
16. Calderón Pruna V. Intervención comunitaria sobre el tabaquismo en fumadores de un Grupo Básico de Trabajo [tesis]. Policlínico "26 de julio". Villa Clara. 2013.
17. Backer TB. AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Implementing guidelines for smoking cessation. Comparing the efforts of nurses and medical assistants. *Am J Prev Med* 2012; 2(7)1-6.
18. Instituto Nacional de Ecología, SEDESOL. (Serie Monografías No. 8) México. 2015: p. 42.
19. Bornstein M. Tabaquismo un factor de riesgo esencial contra la salud. Rev Per Med. Perú. 2013; 1(3)34.
20. Rivas Lores G. Intervención comunitaria sobre el tabaquismo en un Grupo Básico de Trabajo. [tesis]. Policlínico "Centro". Guantánamo. 2013.



21. Instituto Nacional de Salud Pública; Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. Intoxicación por humo del tabaco: detección a la prevención primaria. México: 2014: p. 35.
22. Colectivo de autores. Unión Internacional contra el Cáncer. Hechos y pautas para el control del tabaquismo. El aspecto económico en la política antitabaco. [s. l.]: UICC, 2013; p.9.
23. Quevedo I. Fumar afecta su salud. Editorial La Paz. Bolivia. 2013:p. 22.
24. Repetto P. Glosario de términos toxicológicos. 3 ed. Editorial Toledo. España. 2015:p. 5.
25. Robert L. Dejar de fumar. Tabaquismo [Internet]. La Habana: Infomed; 2014 [actualizada 10 Jun 2010; citada 23 Jul 2016] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/>
26. Salgado O. Tabaco y alcohol, causas y consecuencias. 2014 Jun [citado 8 Febrero 2016]. URL disponible en://<http://www.cepis.org>.
27. Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: Una revisión: Adicciones, Voll 15, n. 5,55-57. España. 2014:p. 76-9.
28. Colectivos de autores. MINSAP. Adicciones en la Comunidad. Artículo científico en dossier. La Habana. 2013:p.12.
29. Espino D. Factores de riesgo asociados en los fumadores. Rev Chilena Med. 2014; 4(6)2-16.
30. Rosales Fabra K . Modificación de conocimientos sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en un consultorio médico de la familia. [tesis]. Policlínico "Centro". Guantánamo. 2014.
31. Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behavior. J *Addiction*. EEUU. 2014; 9(2)42- 48.
32. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2020. Disponible en [http://www.bvscuba.sld.cu/2020/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/\(ANUARIO\)](http://www.bvscuba.sld.cu/2020/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/(ANUARIO))
33. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2021. Disponible en [http://www.bvscuba.sld.cu/2021/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/\(ANUARIO\)](http://www.bvscuba.sld.cu/2021/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/(ANUARIO))



34. Fundación "José Félix Rivas". Consumo del tabaco, alcohol y otros grupos de drogas en Venezuela. Editorial Mundos. Caracas. 2014: p. 12.
- 35.S. "Beyond Normality: The Predictive Value and Efficiency of Medical Diagnoses", John Wiley And Sons, New York. 2013: p. 56.
- 36.Celli BR, Zuwallack RL. Pulmonary rehabilitation. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 105.
- 37.Guerra O. El tabaquismo daño mundial, un reto. 2013 Jun [citado 8 Febrero 2015]. URL disponible en://http:www.health.org.
- 38.Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society guideline. Chest. 2015;147(4):894-942. PMID: 25321320 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25321320.
- 39.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) website. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2017 report. goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/. Accessed July 18, 2017.
- 40.Han MK, Lazarus SC. COPD: clinical diagnosis and management. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 44.

ANEXOS

Tabla 1 Pacientes según nivel de conocimiento de los factores de riesgos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Policlínico 4 de agosto, marzo 2019-2020.

Conocimiento	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuado	5	10	49	98
Inadecuado	45	90	1	2
Total	50	100	50	100

Fuente: Planilla de vaciamiento N=50 p< 0,05



Tabla 2 Pacientes según nivel de conocimiento de los principales síntomas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Conocimiento	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuado	2	4	50	100
Inadecuado	48	96	0	0
Total	50	100	50	100

Fuente: Planilla de vaciamiento N=50 p< 0,05

Tabla 3 Pacientes estudiados según nivel de conocimiento sobre las medidas para prevenir la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Conocimiento	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuado	1	2	49	98
Inadecuado	49	98	1	2
Total	50	100	50	100

Fuente: Planilla de vaciamiento N=50 p< 0,05

Tabla 4 Pacientes estudiados según nivel de conocimiento sobre las complicaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Conocimiento	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuado	2	4	50	100
Inadecuado	48	96	0	0
Total	50	100	50	100

Fuente: Planilla de vaciamiento N=50 p< 0,05



Tabla 5 Evaluación final de la intervención con los pacientes estudiados.

Conocimiento	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuado	2	4	50	100
Inadecuado	48	96	0	0
Total	50	100	50	100

Fuente: Planilla de vaciamiento N=50 p< 0,05

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.