

## Calidad de vida en el adolescente asmático

### Quality of life in the asthmatic adolescent

Orquídea Aguirre Pérez<sup>I</sup>; Marlene Álvarez Carmenate<sup>II</sup>; Elizabeth González Ortega<sup>III</sup>; Carlos P. Dotres Martínez<sup>IV</sup>; Rogelio Miguel Balado Sansón<sup>V</sup>; María Elena Sardiñas Arce<sup>VI</sup>

<sup>I</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Docente Pediátrico del Cerro. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de I Grado en Pediatría. Instructora de Pediatría. Facultad "Salvador Allende". Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Docente Pediátrico del Cerro. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Instructora de Pediatría. Facultad "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup>Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Facultad de Medicina "Finlay Albarrán". La Habana, Cuba.

<sup>V</sup>Especialista de II Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar de Pediatría. Facultad "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

<sup>VI</sup>Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. Facultad "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** la mejoría de la calidad de vida es clave en el tratamiento del niño-adolescente con asma.

**OBJETIVO:** identificar la afectación que provoca el asma bronquial en la calidad de vida del adolescente asmático.

**MÉTODOS:** se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 103 adolescentes asmáticos con diagnóstico de asma leve intermitente, asma leve persistente y asma moderada persistente en la Escuela Secundaria Básica "Antonio José de Sucre", en la localidad de Cojímar, en el período entre el 1ro. de enero de 2006 y el 31 de diciembre del propio año.

**RESULTADOS:** los síntomas principales fueron la tos, la disnea y la sibilancia, y las molestias más frecuentes, el cansancio, la dificultad para respirar hondo y la sensación de quedar sin aire. Predominó el sexo masculino y las edades de 12 y 13

años. El mayor número de respuestas de las alteraciones de la función emocional se concentraba en las categorías más bajas del nivel de afectación, y las respuestas sobre la limitación de la actividad motora se inclinaron hacia las categorías de *muchísimo, mucho, bastante y regular*. Predominó la afectación *moderada* de la calidad de vida. El asma persistente moderada fue la mayormente referida en la afectación de calidad de vida severa.

**Palabras clave:** Adolescente asmático, calidad de vida.

---

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** the improvement in quality of life is a key element in treatment of asthmatic child-adolescent.

**OBJECTIVE:** to identify the affection provoking the bronchial asthma in the quality of life of the asthmatic adolescent.

**METHODS:** a prospective longitudinal and descriptive study was conducted in 103 asthmatic adolescents diagnosed with intermittent slight asthma from the "Antonio José de Sucre" Secondary Basic School in the Cojimar place, from January 1, to December 31, 2006.

**RESULTS:** the major symptoms included cough, dyspnea and sibilation and the more frequent nuisances were the tiredness, profound breathlessness and the feeling of lack of air. There was predominance of male sex and ages of 12 and 13 years. The great number of responses of emotional function alterations it was concentrated in the lowest categories of affection level and the responses on motor activity limitation were qualified as very much, much, enough and regular. In quality of life there was predominance of moderate affection. The moderate persistent asthma was mainly perceived in the severe quality of life state.

**Key words:** Asthmatic adolescent, quality of life.

---

## INTRODUCCIÓN

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, pero se ha generado un importante número de enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: *calidad de vida relacionada con la salud*. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.<sup>1,2</sup> En esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no solo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejoría de la calidad de vida del paciente.<sup>3,4</sup>

El asma bronquial es una enfermedad de elevada prevalencia, la más frecuente en la infancia dentro de las enfermedades crónicas y la principal causa de ingresos hospitalarios en el país.<sup>5</sup> El costo económico y social que genera este padecimiento

---

es considerable debido a la carga de discapacidad asociada con los frecuentes episodios de descompensación.<sup>4</sup> La medición de la calidad de vida relacionada con la salud de los enfermos respiratorios crónicos forma parte, actualmente, de una manera habitual, de la evaluación de los resultados de las intervenciones terapéuticas. Diversos cuestionarios sobre calidad de vida, genéricos y específicos, han demostrado que reúnen las propiedades psicométricas de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, y, por tanto, son aptos para estudios de tipo descriptivo y/o evaluativo en pacientes con asma.<sup>6,7</sup> Los cuestionarios de calidad de vida del asma: *Asthma Quality of Life Questionnaires* (AQLQ) fueron unos de los primeros cuestionarios escritos (*written questionnaire* WQ) usados en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos. Basado en la experiencia clínica con los AQLQ y sus adaptaciones, Juniper y otros desarrollaron el Cuestionario de calidad de vida del asma pediátrica, del inglés *Pediatric Asma Quality of Life Questionnaires* (PAQLQ), para niños/adolescentes, y para padres (cuidadores), y que ya ha sido validado en español.<sup>8</sup> Mucho se ha estudiado del asma bronquial en cuanto a clínica, fisiopatología, factores de riesgo, etc., pero pocos nos hemos preocupado en valorar la calidad de vida de los aquejados. En el adolescente con enfermedad crónica el tratamiento puede ocasionar limitaciones en el estilo de vida del paciente y su familia, que provoca una carga adicional al grado de invalidez.<sup>9</sup> El potencial de rehabilitación y el nivel final de recuperación están relacionados con la autoestima del adolescente, por lo que es de suma importancia conocer la percepción de calidad de vida en este grupo de enfermos.<sup>10,11</sup> En nuestro país ha habido poco desarrollo de la medición de la calidad de vida en el adolescente asmático, lo cual nos ha motivado en la realización de este trabajo, para sugerir pautas futuras que mejoren la calidad de vida de nuestros adolescentes asmáticos.

## MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 103 adolescente de ambos sexos, con el diagnóstico de asma bronquial de la Escuela Secundaria Básica "Antonio José de Sucre", correspondiente al área de salud del policlínico "Gregorio Valdez Cruz", en la localidad de Cojimar, en el período entre el 1ro. de enero de 2006 y el 31 de diciembre del propio año.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que se tratara de adolescentes con diagnóstico de asma leve intermitente, asma leve persistente y asma moderada persistente; y como criterios de exclusión, que fueran pacientes clasificados con asma severa persistente, que fuera su primer episodio de sibilancia, que padeciera alguna enfermedad que limitara la capacidad física o mental del paciente, la presencia de otras enfermedades crónicas, y que tuviera historia de infección pulmonar crónica.

Los datos se obtuvieron por la propia autora, previo consentimiento informado, con la obtención de los datos clínicos epidemiológicos a través de una encuesta, para conocer las generales de los pacientes (anexo) a los cuales se les aplicó el cuestionario de calidad de vida PAQLQ.<sup>9</sup> Se eliminaron algunas actividades contenidas en el cuestionario original por no ser parte de las actividades que se desempeñan en nuestro país (practicar fútbol rugby, esquiar, jugar hockey, escalar y patinar sobre hielo). El PAQLQ contiene 23 ítems o preguntas, y se evalúan de 1 a 7 puntos. Realizamos la evaluación de la calidad de vida en: afectación severa de la calidad vida (de 1 a 2,49 puntos), afectación moderada de la calidad de vida (de 2,50 a 4,49 puntos), afectación ligera de la calidad de vida (de 4,50 a 6,49 puntos), y no afectación de la calidad de vida (de 6,50 a 7 puntos). Se analizaron, igualmente, las variables epidemiológicas siguientes:

## A. Severidad de la enfermedad

A.1. *Asma leve intermitente*: síntomas intermitentes (menos de 1 vez por sem), síntomas de horas o pocos días (no más de 4 episodios al año), síntomas nocturnos cortos (menos de 2 veces por mes) y asintomático entre episodios.

A.2. *Asma leve persistente*: síntomas de menos de 1 día (menos de 2 veces por sem), puede alterarse la actividad durante los episodios, y los síntomas nocturnos más de 2 veces por mes.

A.3. *Asma moderada persistente*: síntomas 2 veces por sem o más, más de 1 día de duración, responde a los beta 2 agonistas inhalados, está alterada la actividad durante los episodios, y los síntomas nocturnos más de 1 vez por semana.

## B. Variables que miden la calidad de vida

Se valoró la afectación orgánica, la afectación de la función emocional, así como la afectación de las actividades diarias (cuadro). Se creó una base de datos en el programa *Excel* para ser procesada y analizada, los datos se resumieron en porcentajes, y se empleó el programa *STADISTK* y la técnica estadística chi cuadrado.

**Cuadro.** Variables que miden la calidad de vida

	Escala	Descripción	
Afectación orgánica o sintomática	1 muchísimo 2 mucho 3 bastante 4 regular 5 poco 6 casi nada 7 nada	Síntomas o molestias que afectan a los niños provocados por la enfermedad	No. y por ciento
Afectación de la función emocional	1 muchísimo 2 mucho 3 bastante 4 regular 5 poco 6 casi nada 7 nada	Consecuencias emocionales y psicológicas del asma en los niños	No. y por ciento
Afectación de las actividades diarias	1 muchísimo 2 mucho 3 bastante 4 regular 5 poco 6 casi nada 7 nada	Cambios en el funcionamiento cotidiano normal en los niños provocados por la enfermedad	No. y por ciento

## RESULTADOS

De los 103 adolescentes asmáticos estudiados, 67 (65,04 %) eran del sexo masculino, y el grupo de edades de 12 y 13 años con 31 en cada grupo (30,9 %). De acuerdo con el nivel de afectación y los síntomas (tabla 1), en la tos los niveles

más afectados fueron *muchísimo* y *poco* (20,4 %) para ambos. En cuanto a la sibilancia fueron *poco* y *muchísimo* (19,4 y 17,5 %). El síntoma de *opresión en el pecho* fue el que mayor porcentaje presentó en el nivel de casi nada y de todos los síntomas en general con un 22,3 %. La falta de aire fue mayormente afectada en el nivel *muchísimo* y *regular* (20,4 y 19,4 %).

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según nivel de afectación y síntomas

	Nivel de afectación													
	Muchísimo		Mucho		Bastante		Regular		Poco		Casi nada		Nada	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tos	21	20,4	13	12,6	18	17,5	16	15,5	21	20,4	11	10,7	3	2,9
Ataques de asma	15	14,6	8	7,8	15	14,6	14	13,6	18	17,5	17	16,5	16	15,5
Sibilancia	18	17,5	10	9,7	9	8,7	17	16,5	20	19,4	17	16,5	12	11,7
Opresión en el pecho	13	12,6	15	14,6	20	19,4	19	18,4	7	6,8	23	22,3	6	5,8
Falta de aire	21	20,4	15	14,6	14	13,6	20	19,4	13	12,6	13	12,6	7	6,8
Total	88	85,4	61	59,2	76	73,7	86	83,4	79	76,7	71	68,9	44	42,7

Significación estadística de la **tabla 1**

Nivel de afectación	Proporción	IC 95 %	Probabilidad
Tos	97,09	91,72; 99,40	0,0000
Ataques de asma	84,47	76,98; 91,95	0,0000
Sibilancia	88,35	81,67; 95,03	0,0000
Opresión en el pecho	94,17	89,17; 99,18	0,0000
Falta de aire	93,20	87,86; 98,55	0,0000

Según frecuencia de las molestias y molestias (tabla 2) la disnea fue mayormente afectada en el nivel *muchísimo* y *regular* (20,4 y 19,4 %). La molestia *cansancio* presentó mayor número en la frecuencia de algunas veces (27,1 %), la sensación de quedar sin aire presentó mayor frecuencia de molestia algunas veces (25,2 %), dormir mal también tuvo mayor frecuencia algunas veces (20,1 %), y la dificultad para respirar hondo estuvo más afectada algunas veces (27 %).

**Tabla 2.** Frecuencia de las molestias y molestias

Molestias	Frecuencia de las molestias													
	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Bastante veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cansancio	17	16,5	8	7,8	11	10,7	9	8,7	29	27,1	15	14,6	14	13,6
Sensación de quedar sin aire	8	7,8	14	13,6	17	16,5	8	7,8	27	25,2	17	16,5	12	11,7
Dormir mal	14	13,6	16	15,5	13	12,6	8	7,8	21	20,1	19	18,4	12	11,7
Dificultad para respirar hondo	9	8,7	22	21,4	9	8,7	5	4,9	28	27	14	13,6	16	15,5
Total	48	46,4	60	58,3	50	48,5	30	29,2	105	99,4	65	63,4	54	52,5

Significación estadística de la **tabla 2**

Molestias	Proporción	IC 95 %	Probabilidad
Cansancio	86,41	79,30; 93,51	0,0000
Sensación de quedar sin aire	88,35	81,67; 95,03	0,0000
Dormir mal	88,35	81,67; 95,03	0,0000
Dificultad para respirar hondo	84,47	76,98; 91,95	0,0000

Según frecuencia de las alteraciones emocionales (tabla 3), el 40,8 % de los pacientes nunca se sintió diferente, y el 33 % algunas veces se sintió desilusionado. En cuanto a intensidad de la limitación y actividad (tabla 4), el 28,2 % de los pacientes reflejó dificultades para subir una cuesta y lo catalogó como *bastante*, el 23,3 % tuvo limitación para correr de forma regular, y el 22,3 % para reír y correr, y lo expresó como *muchísimo* y *mucho* respectivamente.

**Tabla 3.** Frecuencia de las alteraciones emocionales

Alteraciones	Frecuencia													
	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Bastante veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Desilusionado	4	3,9	12	11,7	15	14,6	9	8,7	34	33	12	11,7	17	16,5
Preocupado	10	9,7	12	11,7	9	8,7	14	13,6	22	21,4	17	16,5	19	18,4
Enfadado	4	3,9	7	6,8	13	12,6	14	13,6	19	18,4	22	21,4	24	23,3
Irritable	2	1,9	10	9,7	19	18,4	9	8,7	15	14,6	17	16,5	31	30,1
Diferente	2	1,9	1	1	11	10,7	10	9,7	19	18,4	18	17,5	42	40,8
Triste	4	3,9	11	10,7	15	14,6	9	8,7	30	29,1	11	10,7	23	22,3
Molesto	9	8,7	15	14,6	8	7,8	10	9,7	24	23,3	18	17,5	19	18,4
Con miedo	12	11,7	12	11,7	16	15,5	11	10,7	13	12,6	19	18,4	20	19,4

Significación estadística de la **tabla 3**

Alteraciones	Proporción	IC 95 %	Probabilidad
Desilusionado	83,49	75,84; 91,15	0,0000
Preocupado	81,55	73,58; 89,53	0,0000
Enfadado	76,70	68,05; 85,35	0,0000
Irritable	69,90	60,60; 79,25	0,0000
Diferente	59,22	49,25; 69,20	0,0000
Triste	77,67	69,14; 86,20	0,0000
Molesto	81,55	73,58; 89,53	0,0000
Con miedo	80,58	72,46; 88,71	0,0000

**Tabla 4.** Intensidad de la limitación y actividad

Actividad	Intensidad de la limitación													
	Muchísimo		Mucho		Bastante		Regular		Poco		Casi nada		Nada	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Reír	23	22,3	11	10,7	18	17,5	21	20,4	14	13,6	11	10,7	5	9,4
Correr	9	8,7	23	22,3	12	11,7	24	23,3	14	13,6	15	14,6	6	5,8
Subir una cuesta	9	8,7	8	7,8	29	28,2	19	18,4	22	21,4	13	12,6	3	2,9
Baloncesto	16	15,5	16	15,5	9	8,7	10	9,7	27	26,2	15	14,6	10	9,7

Significación estadística de la **tabla 4**

Actividad	Proporción	IC 95 %	Probabilidad
Reír	95,15	89,03; 98,4	0,0000
Correr	94,17	89,17; 99,18	0,0000
Subir una cuesta	97,09	91,72; 99,39	0,0000
Baloncesto	90,29	84,09; 96,49	0,0000

Según calidad de vida y dimensión (tabla 5), la afectación severa estuvo mayormente representada por la dimensión orgánica (22,3 %), la afectación moderada por la dimensión motora (47,71 %) y la ligera por la dimensión emocional (45,63 %). En cuanto a la afectación de la calidad de vida hubo un predominio de la afectación moderada, con un promedio de 38,83, seguida de la afectación ligera con 32,04 y la afectación severa con 28,15. Los asmáticos clasificados como persistentes moderados tuvieron afectación severa de la calidad (93,1 %), los intermitentes una afectación ligera (66,1 %), mientras que en los persistentes ligeros predominó la afectación moderada en el 57,5 %.

**Tabla 5.** Calidad de vida y dimensión

Dimensión	Calidad de vida							
	Severa		Moderada		Ligera		Sin afectación	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Orgánica	23	22,33	35	33,98	40	38,83	5	26,3
Emocional	2	1,94	43	41,74	47	45,63	12	11,65
Motora	20	19,41	44	42,71	37	35,92	2	1,94

Significación estadística de la **tabla 5**

Dimensión	Proporción	IC 95 %	Probabilidad
Orgánica	95,15	89,03; 98,4	0,000
Emocional	88,35	81,67; 95,03	0,000
Motora	98,06	93,16; 99,76	0,000

## DISCUSIÓN

De los 103 adolescentes asmáticos estudiados predominó el sexo masculino. Esta superioridad del sexo coincidió con la mayoría de la literatura revisada, que plantea que las afecciones respiratorias, específicamente el asma bronquial, son más frecuentes en el sexo masculino.<sup>12,13</sup> En cuanto a los niveles de afectación, la tos, la falta de aire y la sibilancia fueron las mayormente referidas por nuestros pacientes en los más altos niveles de afectación, lo cual también coincide con la literatura revisada.<sup>14</sup>

De acuerdo con la frecuencia y el tipo de las molestias, la disnea fue mayormente afectada en el nivel muchísimo y regular, el cansancio presentó mayor número en la frecuencia de algunas veces, seguida de la dificultad para respirar hondo. Según algunos estudios realizados<sup>15</sup> el nivel más afectado de las molestias es algunas veces, donde en la mayoría de ellos se acerca al 50 % de la muestra de niños que contestan en este nivel. En nuestro estudio este nivel reveló un alto por ciento de niños que referían sentir molestias algunas veces, y dentro de ellas, en algunos estudios, se destaca el cansancio como la molestia mayormente referida. Esta molestia es la más asociada a la presencia de los síntomas que caracterizan a esta enfermedad. Este resultado coincide con los obtenidos por *Xavier Badia* y otros en

el trabajo de validación de la versión española de PAQLQ en la valoración de la calidad de vida del niño asmático.<sup>9</sup>

Según los estudios revisados la irritabilidad es un proceso normal asociado con esta enfermedad, primero porque el paciente en una crisis intenta compensar la dificultad respiratoria; y en segundo lugar, por el carácter intermitente con que se presenta el asma bronquial. En nuestro estudio los pacientes no llegan a mostrarse irritables en su mayoría, el predominio de esta característica se obtuvo hacia los niveles más bajos. En las características tristes y desilusionadas, estas pudieran ser comunes en esta enfermedad, porque la imprevisibilidad con que se presentan los ataques de asma da al sujeto una idea de *incontrolabilidad* de su situación, y se ha demostrado en otros estudios que los pacientes se muestran pasivos y apáticos ante el cuidado de su enfermedad. Esta característica en esta investigación ha obtenido mayor respuesta en el nivel algunas veces, porque además de tener los pacientes un tratamiento adecuado de su enfermedad, desde la década del 80, con la introducción del plan del Médico de Familia en Cuba, y llevar así los servicios de salud a la comunidad, se logró el conocimiento más adecuado de cada grupo de enfermos, entre ellos, los asmáticos, que permitió así una mejor evaluación de su situación de salud, la cual quedó definida como "el completo bienestar psíquico, biológico y social, y no la ausencia de enfermedad", lo que facilitó que se conociera a cada asmático individualmente, en su medio familiar, social, económico, cultural, e incluso, laboral, aspectos muy importantes en el momento de evaluar la calidad de vida de dichos enfermos.

La actividad más limitada fue la de correr, pues recibió mayor número de respuestas en los niveles más afectados de la intensidad de la limitación. La intensidad de la limitación que recibió mayor respuesta fue poco, seguida de regular y bastante sucesivamente. En la literatura revisada señalan en algunos pacientes asmáticos el ejercicio físico como desencadenante del asma, por lo que las actividades físicas de estos niños por lo general están limitadas.<sup>5</sup> En estos casos las más afectadas han sido correr, jugar fútbol y hacer gimnasia. Esto coincide con este estudio, y se observa que los niños refieren la afectación de estas hacia los niveles medio de la intensidad de la limitación. En los niños asmáticos, aunque padezcan una forma leve de la enfermedad, casi siempre el ejercicio les ocasiona ahogo, por lo que se limitan, en ocasiones considerablemente, para la práctica de algún deporte.

Correspondiendo con la literatura revisada,<sup>16</sup> la dimensión menos afectada fue la dimensión emocional, y la de mayor afectación fue la orgánica o sintomática.<sup>17</sup> Con relación a la afectación en la calidad de vida hubo un predominio de la afectación moderada, seguida de la afectación ligera, mientras que en el grupo de los no afectados solo tuvimos un escolar. La muestra en general se trataba pacientes aquejados de una enfermedad crónica como es el asma bronquial. Múltiples estudios<sup>16,17</sup> han mostrado que la calidad de vida de las personas con asma se encuentra sustancialmente reducida, sin embargo, teniendo en cuenta las diferentes opiniones acerca de calidad de vida, concuerdan que solo depende de la percepción individual del paciente, por lo que, nuestros adolescentes, en su mayoría, tienen afectada desde sus puntos de vista de forma moderada su calidad de vida. Los asmáticos clasificados como persistentes moderados tuvieron afectación severa de la calidad de vida, seguido de los intermitentes con una afectación ligera, y en los persistentes ligeros predominó la afectación moderada, lo cual coincide con la literatura que trata el tema de la severidad del asma y la calidad de vida, donde se plantea que a mayor severidad del asma, mayor está afectada la calidad de vida de los niños asmáticos.<sup>17</sup> La calidad de vida varía en función de la gravedad con la que curse la enfermedad habitualmente y la exacerbación. Si no se recibe un tratamiento adecuado, eso conlleva a un mal

control de la enfermedad, lo cual provoca frecuentes descompensaciones que, invariablemente, afectan la calidad de vida.

**Anexo.** Variables demográficas

Edad del niño (en años):

10 a 12 \_\_\_\_\_ 13 a 15 \_\_\_\_\_ 16 a 18 \_\_\_\_\_

Sexo:

Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Severidad del asma:

Intermitente ligera \_\_\_\_\_

Persistente ligera \_\_\_\_\_

Persistente moderada \_\_\_\_\_

Persistente severa \_\_\_\_\_

Otras enfermedades crónicas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Pérez RM, Pérez González R, Rodríguez Landrove O. Calidad de vida e indicadores de salud. Cuba, 2001-2002. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2004;42(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032004000300002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000300002&lng=es&nrm=iso) Consultado: 28 de marzo de 2005.
2. Carod Artal FJ. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. Revista de Neurología. 2004;39(11):1052-62.
3. Ramírez Narváez C, González Moro P, del Castillo Gómez L, García Cos JL, Lahoz Rallo B, Barros Rubio C. Quality of life in a population of asthmatic children. Aten Primaria. 2006;38:96-101.
4. Valdés S, Gómez A. Temas de Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 237.
5. Muñoz López F, Cruz Hernández M. Asma bronquial infantil. Tratado de Pediatría. Vol. 2, Cáp. 16. Barcelona: Editorial ESPAXS; 2007. p. 1311-20.
6. Sanjuas Benito C. Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? Servei de Pneumologia. 2005;41(3):107-9.
7. Juniper EF. The value of quality of life in asthma. Eur Respir Rev. 1997;7:333-7.

8. Juniper EF. Calidad de vida y asma. Cómo medir la calidad de vida. Disponible en: [http://www.respirar.org./index\\_respirar.htm](http://www.respirar.org./index_respirar.htm) Consultado: 13 de marzo de 2005.
9. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*. 2001;322:1240-3.
10. Schipper H, Clinch J, Powel V. Definitions and conceptual issues. En: Spilker B editor. *Quality of life assessment in clinical trials*. Nueva York: Raven Press; 1990. p. 11-35.
11. Grupo de Trabajo Respiratorio de la SAMFYC. Guía de Práctica Clínica de Asma. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: [http://www.cica.es/aliens/samfyc-gr/guia\\_asma/guia\\_ind.htm](http://www.cica.es/aliens/samfyc-gr/guia_asma/guia_ind.htm) Consultado: 22 de abril de 2005.
12. ICSI Health Care Guideline. Diagnosis and management of asthma. ICSI. Disponible en: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=162NGC-Resumen> Consultado: 22 de abril de 2004.
13. Nogueira KT, Silva JR, Lopes CS. Quality of life of asthmatic adolescents: assessment of asthma severity, comorbidity, and life style. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(6):523-30.
14. Juniper E F. How important is quality of life in pediatric asthma? *Pediatr Pulmonol*. 1997;15:17-21.
15. La Scala CS, Naspitz CK, Solé D. Adaptação e validação do Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ-A) em crianças e adolescentes brasileiros com asma. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:54-60.
16. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res*. 1996;5:35-46.
17. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, French DJ, Kennedy D, Martin J, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness-a two year prospective study. *Qual Life Res*. 2004;13:1309-19.

Recibido: 22 de abril de 2010.

Aprobado: 30 de abril de 2010.

*Orquídea Aguirre Pérez*. Hospital Docente Pediátrico del Cerro. Calzada del Cerro y Santa Teresa No. 2001, municipio Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: [malca@infomed.sld.cu](mailto:malca@infomed.sld.cu)