

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

## **Calidad de vida de pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología**

### **Life quality of patients with asthma admitted in the services of Internal Medicine and Pneumology**

**MsC. Yanara Toledano Grave de Peralta,<sup>1</sup> Dra. C. Carolina Plasencia Asorey,<sup>2</sup> Dra. Nancy Nápoles Smith,<sup>3</sup> Dr. Serguei Silveria Digón<sup>4</sup> y Dr. Eduardo Castillo Varona<sup>5</sup>**

#### **Resumen**

Se evaluaron las 3 dimensiones de la calidad de vida en todos los pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba desde mayo hasta diciembre del 2007. Entre las principales variables analizadas figuraron: sexo, edad, escolaridad, ocupación, clasificación según gravedad del asma y percepción de salud. Se utilizaron como medidas de resumen la frecuencia absoluta y el porcentaje para variables cualitativas. Se emplearon la prueba estadística de Chi al cuadrado (con un nivel de significación de  $p < 0,05$ ) y se utilizaron la media aritmética y la desviación estándar como medidas de tendencia central. La calidad de vida se vio afectada en las 3 dimensiones evaluadas, con predominio en la social, seguida de la física.

Descriptores: CALIDAD DE VIDA, ESTADO DE SALUD, PERFIL DE IMPACTO DE ENFERMEDAD, ASMA, HOSPITALIZACIÓN, MEDICINA INTERNA, ENFERMEDAD PULMONAR (ESPECIALIDAD)

Límites: HUMANO

#### **Abstract**

The three dimensions of life quality were evaluated in all the patients with asthma admitted in the services of Internal Medicine and Pneumology from "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba from May to December, 2007. Among the main variables analyzed there were: sex, age, school level, occupation, classification according to the severity of asthma and health perception. As summary measurements the absolute frequency and the percentage for qualitative variables were used. Statistical test  $\chi^2$  was applied (with a significance level of  $p < 0,05$ ) and the arithmetic mean and the standard deviation were used as measurements of central tendency. Life quality was affected in the 3 dimensions evaluated, with prevalence in the social one, followed by the physical dimension.

Subject heading: QUALITY OF LIFE, HEALTH STATUS, SICKNESS IMPACT PROFILE, ASTHMA, HOSPITALIZATION, INTERNAL MEDICINE, PULMONARY DISEASE (SPECIALTY)

Limits: HUMAN

El asma bronquial ha ocupado ininterrumpidamente la atención médica desde la antigüedad (460-130 a.n.e.), esta entidad fue referida por Hipócrates, Galeno y Areteo de Capadocia. Celso (30 a.n.e.) dio tal nombre a la "falta de aire moderada" que presentaban los soldados al realizar ejercicios.<sup>1</sup>

El asma se ha considerado un problema sanitario a nivel mundial, en atención a la magnitud alcanzada en términos de la morbilidad y mortalidad que produce, la discapacidad en pacientes mal tratados y los años de vida potenciales perdidos que aporta; la repercusión que tiene sobre el paciente, sus familiares y la sociedad, a lo que se añaden los costos sociales que provoca, más su vulnerabilidad y posibilidad de modificación, la hacen susceptible de acción. La prevalencia mundial se estima entre 5 y 10 %. En el mundo, existen más de 200 millones de casos, se producen entre 50 000 y 100 000 muertes por año y se gastan entre 20 y 30 billones de dólares en los servicios de salud para esta enfermedad.<sup>2</sup>

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, entre otros. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como la relación con los elementos esenciales de su entorno.<sup>3</sup>

Diversos estudios han encontrado que los pacientes asmáticos tienen deterioro en la calidad de vida. Se estima que más de 300 millones de personas en todo el mundo la tienen afectada y que la cifra sigue en constante aumento. En los países desarrollados oscila entre 20 y 50 %.<sup>4</sup>

Las alteraciones de la función respiratoria en estos pacientes repercuten de forma directa e indirecta sobre su calidad de vida. Por una parte, constituyen los mecanismos responsables de la disnea que limita y deteriora su capacidad física y, por otra, los conduce al sedentarismo, causante de debilidad y atrofia muscular. Estos dos últimos son responsables de fatigabilidad muscular, síntoma frecuente en estos enfermos, tan importante como la disnea y a su vez un factor limitante de la capacidad de ejercicio.<sup>5-7</sup>

A estos síntomas se asocian frecuentemente estados depresivos y de ansiedad, derivados de la limitación física. De este modo, el asma afecta diversos aspectos del bienestar ligado a la salud de los pacientes, lo que ha motivado, en los últimos años, un interés creciente por evaluar los efectos de la enfermedad y de los diferentes procedimientos terapéuticos sobre su calidad de vida.<sup>8,9</sup>

Estas reflexiones nos motivaron a evaluar la calidad de vida en pacientes asmáticos ingresados en nuestro centro, donde no existían investigaciones al respecto.

## Método

Se evaluaron las 3 dimensiones de la calidad de vida en todos los pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba desde mayo hasta diciembre del 2007. Se aplicó un cuestionario que recogía las preguntas en tres de sus áreas o dominios: limitación de la actividad, síntomas de asma y estado emocional, además de algunas variables como: sexo, edad, escolaridad, ocupación, clasificación según gravedad del asma y percepción de salud. La evaluación fue hecha por los propios enfermos y no como resultado de una valoración externa. Se tuvieron en cuenta 14 preguntas: para 7 de ellas se incluyó una escala de opciones de tipo Likert que varía entre 1 y 5, para máximo y nulo deterioro, respectivamente. La validación de la aplicación se realizó a través del juicio de expertos.

La calificación final de cada una de ellas se obtuvo calculando el promedio aritmético de las preguntas correspondientes.

Se utilizaron como medidas de resumen la frecuencia absoluta y el porcentaje para variables cualitativas. Se emplearon la prueba estadística de Chi al cuadrado (con un nivel de significación de  $p < 0,05$ ) y se utilizaron la media aritmética y la desviación estándar como medidas de tendencia central.

## Resultados

El universo de estudio fue de 52 pacientes, de ellos 47 (90,3 %), conocían el tipo de asma que padecían según su gravedad.

En la **tabla 1** se aprecia que la categoría moderada tuvo mayor representación con 18 pacientes (34,6 %), seguida por la grave, 16 (30,7 %); en la leve aparecen 13 (25,0 %), en la cual están incluidos los que fueron asma persistente ligera e intermitente. De los encuestados 5 (9,6 %) no conocían la clasificación de su enfermedad.

En la serie hubo predominio del sexo femenino (76,9 %) sobre el masculino (13,4 %).

Al analizar los resultados de la media de edad según gravedad del asma, la más elevada se obtuvo en la categoría de asma moderada, con 45,7 años (DE:  $\pm 9,13$ ), seguido por la categoría grave con 40,4 años (DE:  $\pm 13,5$ ), y el asma leve con 39,8 años (DE:  $\pm 9,27$ ).

Cabe destacar que en las 3 categorías de asma preponderaron los trabajadores estatales, dado por 76,9, 61,1 y 50,0 %, para leve, moderada y grave, respectivamente.

De los pacientes encuestados solo 2 tenían escolaridad baja, incluidos aquellos que no habían recibido estudios o no tenían la primaria terminada, los cuales estuvieron entre los que desconocían el tipo de asma o la clasificación según gravedad, lo que se corresponde con la escasa educación sobre esta enfermedad. La mayoría de los pacientes estaban clasificados en los niveles educacionales superiores (preuniversitario y universitario), para 82,69 %.

Tabla 1. Características generales de los pacientes estudiados según gravedad del asma

Características	Leve	Moderada	Grave
- Frecuencia absoluta y porcentaje	13/ 25,0 %	18/ 34,6 %	16/ 30,7%
- Sexo (mujeres/hombres)	7/6	18/0	15/1
- Media de edad (años)	39,8	45,7	40,4
- Ocupación			
a) Trabajador estatal	10(76,9 %)	11(61,1%)	8(50,0%)
b) Trabajador por cuenta propia	1(7,6%)	-	-
c) Jubilado	1(7,6%)	3(16,6%)	2(12,5%)
d) Ama de casa	1(7,6%)	4(22,2%)	5(31,2%)
e) Estudiante	-	-	-

Al evaluar la percepción del estado de salud de los pacientes estudiados según gravedad del asma (**tabla 2**), se pudo apreciar que la categoría de regular fue la de mayor representatividad, dado por 53,1 %, seguido de la mala (29,7%). Desde el punto de vista estadístico los resultados del estudio fueron muy significativos ( $p < 0,01$ ).

Tabla 2. Percepción del estado de salud de los pacientes estudiados según gravedad del asma

Percepción del estado de salud	Leve (*) Frecuencia absoluta y porcentaje	Moderada (*) Frecuencia absoluta y porcentaje	Grave (*) Frecuencia absoluta y porcentaje	Total (**)
Buena	7/ 53,8%	1/ 5,5%	-	8/ 17 %
Regular	6/ 46,1%	15/ 83,3%	4/ 25 %	25/ 53,1%
Mala	-	2/ 11,1%	12/ 75 %	14/ 29,7%

$p < 0,01$

(\*) Los porcentajes de las columnas fueron calculados según el total de las categorías de asma.

(\*\*) Los porcentajes de la columna total se calcularon según el total de la serie.

En la **tabla 3**, donde se analizan las calificaciones obtenidas por los pacientes en la dimensión física según gravedad del asma, se muestra que 16 de ellos (34,0 %) fueron evaluados con moderado deterioro, 4 (30,7%) como asma leve, 8(44,4%) como asma moderada y 4(25,0 %) como asmáticos graves. Le siguieron los que percibieron un máximo deterioro (19,1 %), de la categoría que quedó con un mayor por ciento fue el asma grave con 7 pacientes para un 43,7%. Desde el punto de vista estadístico los resultados del estudio fueron muy significativos ( $p < 0,01$ ).

Tabla 3. *Calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos en la dimensión física según gravedad del asma*

Calificaciones obtenidas	Leve(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Moderada(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Grave(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Total(**)
Máximo deterioro	-	2/ 11,1%	7/ 43,7%	9/ 19,1 %
Mucho deterioro	-	3/ 16,6 %	4/ 25,0%	7/ 14,8 %
Moderado deterioro	4/ 30,7%	8/ 44,4 %	4/ 25,0%	16/ 34,0 %
Poco deterioro	2/ 15,3 %	5/ 27,7 %	1/ 6,2%	8/ 17,0 %
Nulo deterioro	7/ 53,8 %	-	-	7/ 14,8 %

$p < 0,01$

(\*) Los porcentajes de las columnas fueron calculados según el total de las categorías de asma.

(\*\*) Los porcentajes de la columna total se calcularon según el total de la serie.

En la **tabla 4** se observa que 14 de los integrantes de la serie (29,7 %) reflejaron mucho deterioro, con supremacía de la categoría asma moderada (38,8 %), seguido de la calificación de nulo deterioro con 10 pacientes (21,2%) donde existió un predominio de los que tenían asma leve 7 (53,8%). Desde el punto de vista estadístico los resultados fueron muy significativos ( $p < 0,01$ ).

Tabla 4. *Calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos en la dimensión psicológica según gravedad del asma*

Calificaciones obtenidas	Leve (*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Moderada(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Grave(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Total(**)
Máximo deterioro	-	2/ 11,1 %	6/ 37,5 %	8/ 17,0 %
Mucho deterioro	4/ 30,7 %	7/ 38,8 %	3/ 18,7 %	14/ 29,7 %
Moderado deterioro	1/ 7,6 %	3/ 16,6 %	2/ 12,5 %	6/ 12,7 %
Poco deterioro	1/ 7,6 %	5/ 27,7 %	3/ 18,7 %	9/ 19,1 %
Nulo deterioro	7/ 53,8 %	1/ 5,5 %	2/ 12,5 %	10/ 21,2 %

$(p < 0,01)$

(\*) Los porcentajes de las columnas fueron calculados según el total de las categorías de asma.

(\*\*) Los porcentajes de la columna total se calcularon según el total de la serie.

Los resultados de la **tabla 5** muestran que 16 pacientes (34,0 %) manifestaron mucho deterioro, dentro de estos sobresalieron los de la categoría asma grave (43,7 %), seguida por los asmáticos moderados (6 para 33,3 %). En esta dimensión la evaluación reveló en segundo lugar que 13 pacientes (27,6 %) declararon un moderado deterioro, en los cuales se destacaron las categorías asma moderada y el asma grave, con 44,4 y 12,5 %, respectivamente. Desde el punto de vista estadístico los resultados fueron muy significativos ( $p < 0,01$ ).

Tabla 5. Calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos en la dimensión social según gravedad del asma

Calificaciones obtenidas	Leve(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Moderada(*) Frecuencias absolutas y porcentajes	Grave(*) Frecuencias absolutas/ porcentajes	Total(**)
Máximo deterioro	-	1/ 5,5 %	5/ 31,2 %	6/ 12,7 %
Mucho deterioro	3/ 23,0 %	6/ 33,3 %	7/ 43,7 %	16/ 34,0 %
Moderado deterioro	3/ 23,0 %	8/ 44,4 %	2/ 12,5 %	13/ 27,6 %
Poco deterioro	4/ 30,7 %	2/ 11,1 %	1/ 6,2 %	7/ 14,8 %
Nulo deterioro	3 /23,0 %	1/ 5,5 %	1/ 6,2 %	5/ 10,6 %

p< 0,01

(\*) Los porcentajes de las columnas fueron calculados según el total de las categorías de asma.

(\*\*) Los porcentajes de la columna total se realizaron según el total de la serie

## Discusión

Los datos epidemiológicos del asma bronquial, descritos en la literatura nacional e internacional recogen una prevalencia del sexo femenino y se plantea, además que esta enfermedad de predisposición genética puede desarrollarse a cualquier edad, tanto en hombres como en mujeres, aunque las estadísticas señalan que la mujer adulta tiene más posibilidades de padecerla.<sup>10-12</sup>

Se describe que el sexo femenino, a su vez, exhibe mayores tasas de prevalencia, sobre todo después de los 40 años, lo que se corresponde con nuestros resultados.<sup>1-4</sup>

Los trabajadores estatales predominaron, hallazgo que está relacionado con la media de edad que exhibió la serie.

La mayoría de los pacientes se encontraron en el nivel superior, hecho que está relacionado con la posibilidad de estudio que ha brindado nuestra Revolución. En Cuba, la educación ha sido tarea prioritaria desde los primeros momentos de la etapa revolucionaria.

La escolaridad es una característica importante en los grupos humanos. El nivel escolar constituye una premisa que condiciona de modo regular la ocupación laboral. Es un componente importante de la cultura y la educación, permite mejor comprensión de los fenómenos sociales y su enfrentamiento. Implica el conjunto organizado de conocimientos, la instrucción. Cuando la escolaridad de un individuo o de un grupo es baja, se dificulta la comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social y puede contribuir a la insatisfacción de necesidades, lo que de manera indirecta constituye una amenaza, o sea, un riesgo. La insuficiente escolaridad con regularidad conduce a deficiente educación integral.<sup>13</sup>

La percepción del estado de salud fue identificada por los pacientes como regular, lo cual está relacionado con el predominio de las categorías moderada y grave. Estos pacientes son los que presentan mayor variabilidad en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF<sub>1</sub>) y mayor número de episodios disneicos, lo que los hace tener limitaciones en la esfera física, y por tanto repercusión emocional, de modo que nuestros hallazgos pudieran estar en relación con la presencia de un mayor porcentaje en estos dos estados de salud.

Actualmente las repercusiones de una enfermedad se evalúan más allá del grado de afectación de la capacidad física, pues también afectan las actividades sociales y la salud mental del paciente. Considerando lo anterior, se ha demostrado que aquellas personas que no tienen buena salud, como los asmáticos, tienen una menor calidad de vida.

El concepto de calidad de vida ha cobrado mayor relevancia en los últimos años, con el objetivo de que las personas con algún grado de discapacidad o de alguna afección crónica mejoren, por medio de técnicas específicas, su calidad de vida y sobrelleven mejor su enfermedad.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud de una persona se debe evaluar más allá de su capacidad física, tomando en cuenta su contexto social y su salud mental.

Existen muchos factores que contribuyen a la calidad de vida del individuo, principalmente aspectos físicos, psicológicos y sociales, por lo que algunos autores definen "calidad de vida" como el valor asignado a la duración de la vida, que se ve deteriorada por la enfermedad, a la vez que se modifica de acuerdo con el estado emocional, las percepciones y las expectativas del sujeto. Por otro lado, no se debe considerar la calidad de vida como algo estático, sino como algo dependiente del tiempo, que sufre cambios y refleja las experiencias de la vida.<sup>14</sup>

La tos y la disnea fueron los síntomas identificados como causa de malestar (en la dimensión física) en las categorías de la escala bastante y muchísimo, y por último la opresión torácica.

En relación con la exploración de los síntomas, las categorías de la escala más identificada por los pacientes fueron: la mayor parte del tiempo y buena parte del tiempo y se refirieron fundamentalmente a los despertares nocturnos, la sibilancia en el tórax, los síntomas matinales de asma y la dificultad para respirar por esta causa.

Estos resultados evidenciaron determinado grado de deterioro percibido por la mayoría de ellos, lo que pudiera relacionarse con la minusvalía que provocan los síntomas propios de la enfermedad; no obstante, es necesario señalar que este hallazgo puede verse minimizado debido a que en los pacientes crónicos existe cierto grado de adaptación a esta limitación y por tanto no manifiestan ni perciben el deterioro, elemento que se corrobora en otros estudios sobre calidad de vida.<sup>15</sup>

Dentro de los síntomas identificados por los pacientes, como causa principal de angustia, estuvo la tos, seguida de la disnea, los cuales coinciden con los síntomas que quedaron identificados como causa de malestar en la dimensión física. En relación con la exploración de los síntomas, las categorías más identificadas por nuestros pacientes fueron: la mayor parte del tiempo y buena parte del tiempo, donde se refirieron fundamentalmente al trabajo que le costaba dormirse, o despertarse a media noche sin poder volver a dormir, así como el sentirse asustado(a) por quedarse sin aliento. Los resultados obtenidos reflejaron que el área emocional está más afectada en aquellos pacientes con asma grave, en comparación con los de asma menos grave.

Este hallazgo concuerda con diversos estudios realizados en otras poblaciones<sup>13,16</sup>, lo que demuestra una estrecha relación entre el factor psicológico y la sintomatología respiratoria.

Una investigación llevada a cabo en nuestro servicio reveló que entre los factores psicógenos más frecuentes se encontraba la ansiedad y el estrés. La ansiedad apareció en 70,0 % de los encuestados, con mayor frecuencia entre los que se clasificaban como moderados persistentes y graves persistentes, mientras que la vulnerabilidad al estrés se presentó en 7,3 %, con predominio de los moderados persistentes y graves persistentes, de ellos 30 (29,7 %) fueron extremadamente vulnerables. (Reyes Rosales. Caracterización de pacientes asmáticos atendiendo a factores de riesgo [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Neumología]. 2005. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba).

Se ha comprobado que un estado de activación emocional puede acentuar los síntomas del asma y estos, a su vez, generan ansiedad complementando así un círculo vicioso, lo cual quiere decir que no se trata de un desorden primario de ansiedad, sino que esta es consecuencia del asma.<sup>17, 18</sup>

Actualmente un gran número de investigaciones recogen que los desórdenes de ansiedad en pacientes con asma pueden provocarles crisis asmáticas.<sup>16, 17</sup> Por otra parte se ha sugerido una relación entre ansiedad y estrés, ya que la presencia de ansiedad hace que estos pacientes tengan mayor vulnerabilidad al estrés. Diversos estudios también corroboran que los pacientes asmáticos presentan, como problema emocional, cierto grado de depresión y que al administrárseles antidepresivos se reducen sus crisis de asma. No obstante, la función que tienen los factores psicológicos y sociales, así como la cascada de hechos que estos provocan, hasta desencadenar las crisis, aún es terreno no muy explorado.

La identificación de que el área emocional se ve muy afectada en el paciente asmático resulta extremadamente importante ya que permitirá implementar estrategias de apoyo psicológico o técnicas que resuelvan o mejoren la calidad de vida de este tipo de paciente. Esto redundará en que el paciente eleve su autoestima, tenga mejor aceptación y conocimiento de su enfermedad y mayor concientización de su tratamiento, lo cual le ayudará posiblemente a controlar adecuadamente sus crisis y disminuir el número de hospitalizaciones.

Dentro de las actividades que han sido limitadas debido al asma (bien porque su realización es menos frecuente o menos placenteras) nuestros pacientes identificaron con mayor frecuencia el reír, subir escaleras, hacer deportes, dormir y tener relaciones sexuales. La mayoría de nuestros encuestados identificó estar muy limitado por el asma, en sentido general, en todas las actividades cotidianas realizadas durante las últimas dos semanas, resultados similares han encontrado otros autores.<sup>11, 17, 19</sup>

Se ha demostrado que si el enfermo es una persona optimista, no se aislará socialmente y llevará una vida normal, siendo más probable que se documente acerca de su enfermedad y que siga las indicaciones de su médico. Sin embargo, si es una persona pesimista o negativa sentirá su enfermedad como algo catastrófico, se aislará socialmente, se sentirá inútil e incapaz de llevar su tratamiento como debe ser, siendo propensos a la depresión y, por tanto, vivirán su enfermedad como algo incapacitante, deteriorando de manera importante su calidad de vida.<sup>19</sup>

Los resultados de nuestro trabajo indican que la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en el asma bronquial constituye una herramienta objetiva para valorar el impacto global de la enfermedad. No nos brinda una información del grado de inflamación bronquial o la función respiratoria, pero ofrece una aceptable correlación con el nivel de gravedad del asma, por lo que en la actualidad forma parte del tratamiento integral del paciente asmático.

La calidad de vida en los pacientes estudiados se vio afectada en las tres dimensiones evaluadas, con un predominio en la dimensión social, seguida de la física.

## Referencias bibliográficas

1. Negrín Villavicencio JA. Asma bronquial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004:1-4.
2. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral: Asma bronquial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001; vol 1: 469- 79.
3. O'Donnell D. Breathlessness in patients with chronic airflow limitation. Chest 1994; 106: 904-12.
4. Killian KJ. Dyspnea: implications for rehabilitation. En: Casaburi R y Petty T. Principles and practice of pulmonary rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders, 1993; 103-14.
5. Maltais F, Simard A, Simard C, Jobin J, Descagnes P, Leblanc P. Oxidative capacity of the skeletal muscle and lactic kinetics during exercise in normal subjects and in patients with COPD. J Am Respir Crit Care Med 1996; 153: 288-93.
6. Ries AL, Kaplan RM, Limberg TM, Prewitt LM. Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1995; 122: 823-832.
7. Pulmonary rehabilitation 1999. Official Statement of the American Thoracic Society. J Am Respir Crit Care Med 1999; 159: 1662-82.
8. Juniper FE, Gordon HG, Roberts SE, Ferrie PJ, Joeschke RK. Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: Development of a questionnaire for use in clinical trials. Thorax 1992; 47:76-83.
9. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. Bethesda: National Institutes of Health, 2002. (Publication number 95-3659).
10. Sanjuás B. Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? Arch Bronconeumol 2005; 41(3):107-9.
11. Méndez Guerra M. Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. Rev Inst Nac Enf Resp 2003; 16(4):234-42.
12. Gómez M. Epidemiología del asma en Argentina. Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2006; 37(2):63-70 <[http://www.archivos.alergia.org.ar/22006/37\\_2\\_3.pdfz](http://www.archivos.alergia.org.ar/22006/37_2_3.pdfz)> [consulta: 15 marzo 2008].
13. González Moro P, Castillo Gómez L, García Cos J, Ramírez Narváez C, Lahoz Rallo B, Barros Rubio C. Calidad de vida en una población de niños asmáticos. Atención primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria 2006; 38(2): 96-101.
14. Travençolo C, Rodríguez C. Qualidade de vida de um grupo de portadores de asma brônquica após um programa de fisioterapia respiratória ambulatorial: relato de cinco casos. Revista Espaço para a Saúde, Londrina 2006; 8(1) :28-33.
15. Kosner N. Una visión psicológica del asma. Rev Arg Psic 2003; 14(4):335-9.
16. Vinaccia S, Quiceno J, Zapata C, Obesso S, Quintero D. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva

- crónica. Psicología desde el Caribe. Revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte 2006; 18: 89-108.
17. Ríos Batista C. Aplicación de un cuestionario de calidad de vida para pacientes asmáticos. Rev Ped Pma 2006; 35(2): 84-92.
  18. Tapia Sergio P, López A, Paz Martínez D, Galindo García J, Martínez Olivares R. Impacto del tratamiento integral del asma sobre la calidad de vida de los pacientes. Rev Alergia Mex 2003; 50(2): 60- 3.
  19. Borboa Olivares L, López García A, Paz Martínez D, Galindo García J, Cisneros Díaz L. Impacto del tratamiento alergológico integral en la calidad de vida de los pacientes con asma. Alergol Inmunol Clin 2005; 20: 167- 71.

MsC. Yanara Toledano Grave de Peralta: Carretera del Caney nr. 117, e/ La Caridad y El Modelo, Santiago de Cuba

Dirección electrónica: [yanarat80@yahoo.es](mailto:yanarat80@yahoo.es)

<sup>1</sup> **Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Máster en Enfermedades Infecciosas**

**Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba**

<sup>2</sup> **Especialista II Grado en Medicina General Integral. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Auxiliar**  
**Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba**

<sup>3</sup> **Especialista II Grado en Neumología. Máster en Enfermedades Infecciosas**  
**Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba**

<sup>4</sup> **Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas**  
**Centro Provincial de Urgencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba**

<sup>5</sup> **Especialista de I Grado en Neumología. Profesor Asistente**  
**Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba**

Recibido: 14 de mayo del 2008

Aprobado: 22 de julio del 2008

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Toledano Grave de Peralta Y, Plasencia Asorey C, Nápoles Smith N, Silveria Digón S, Castillo Varona E. Calidad de vida de pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(2). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_2\\_09/san08209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san08209.htm)>[consulta: fecha de acceso].