

ASMA Y EDUCACIÓN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Número 3

Mayo 2003

Editorial

Una de las conclusiones de la recientemente publicada revisión sistemática de la Cochrane señala que, la educación para el automanejo dirigida a la prevención y manejo de las crisis de asma en los niños debería incorporarse a la rutina de la atención al paciente asmático. Resulta, pues, inexcusable la incorporación a nuestro trabajo cotidiano de este aspecto de la asistencia. De la misma forma que nos obligamos a conocer las novedades y avances científicos en lo que a la enfermedad se refiere, hemos ya de preocuparnos seriamente de la educación e iniciar el aprendizaje de las técnicas educativas para poder desarrollar una asistencia integral y adecuada a nuestros pacientes. Es obvio que la enseñanza que podamos impartir a los padres y niños no es suficiente. Se hace necesaria una educación en toda regla, es decir, una actividad en la que se integren la adquisición de los conocimientos con la autonomía del paciente y/o de su familia.

La educación en el automanejo aporta cambios de conducta que han de conducir a una mejoría del estado de salud y a un aumento de la calidad de vida, o dicho de otra forma, contribuye a un aumento de la independencia del paciente y de su familia en relación a los cuidados de la salud. Para llevar a cabo esta actividad educativa, entre otras cosas, los profesionales que atendemos a este tipo de pacientes hemos de saber superar las barreras que dificultan el proceso de aprendizaje. No se trata de que el paciente y/o su familia se independicen del médico sino todo lo contrario. El acto de educar significa establecer o, más bien, continuar con una relación en la que los encuentros son planificados y controlados en una relación de confianza. El hecho de que se potencie la autonomía no debe significar una pérdida del control sino más bien como el medio de mantener un seguimiento adecuado.

Es este aspecto de la educación un reto ineludible al que hemos de hacer frente, y tanto mejor antes que después.

J. Korta

Mi salud, pero no sin mí

El Movimiento de niños de la Unión Nacional de las Mutualidades Socialistas en Bélgica "Ampli Junior", lanzó una campaña titulada "Mi salud... pero no sin mí". En general, los niños están obligadamente confrontados a las personas o a los lugares relacionados de cerca o de lejos con la salud, independientemente que sean o no enfermos: médicos generalistas, pediatras, especialistas (oculistas, dentistas, ortodontistas...), visita médica escolar, hospital, laboratorio de análisis, logopedia...

Niños se han expresado por toda la geografía de la comunidad francesa belga en relación al ambiente inadecuado y falta de calor que en momentos de sufrimiento o de inquietud les acoge, la falta de respeto a su intimidad, la imposibilidad de ser escuchados, de recibir explicaciones, de tener alguien próximo a quien expresar sus miedos... ni una palabra reconfortante, ni una expresión cálida, técnicas dolorosas sin información previa, separación de familiares, falta de diálogo, de consideración, de ternura...

Propuesta de instrumentos de sensibilización, educación de pacientes en áreas de urgencias, de familias, de profesionales... La relación horizontal profesional-paciente, con ellos, acompañándolos en situaciones difíciles, conociendo sus necesidades, sus temores, sus angustias... estando disponibles con competencia, con dedicación, con compromiso.

"Mi salud... pero no sin mí", una manera de conjugar la salud, la educación y los derechos del niño.

J. M. Román

■ Educación terapéutica y deporte

Para la mayoría de los niños asmáticos, el ejercicio es uno de los factores que con frecuencia puede provocarles síntomas de asma. Debemos ayudar en su orientación y de cómo debe practicar su actividad física, escolar o extraescolar. Asimismo se debe prestar atención a las cualidades y características del deporte elegido y saber valorar y prevenir, en función de las características del deporte y las del paciente, cualquier problema que se pueda derivar de su condición de asmático.

Encuestas entre profesores de educación física llegan a afirmar que sólo el 52% de los niños con asma asisten regularmente a sus clases y la mayoría de los encuestados aseguran que el asma es la excusa esgrimida más comúnmente para justificar la ausencia a la clase. Los niños con asma pueden sentirse disneicos o mostrar otros síntomas de asma, a niveles más bajos de actividad que los muchachos con pulmones normales. Para evitar esta sensación los niños reducen su nivel de actividad, lo cual conduce a un mayor grado de intolerancia, el cual lleva a su vez, a un incremento de disnea e incluso más bajos niveles de actividad. El ciclo continúa hasta que el niño se vuelve inactivo y llega falto de forma a la época de la adolescencia y adulto. Siempre que el asma de un niño esté bien controlado existen pocas razones fisiológicas por las que no toleren el ejercicio o no mejoren sus cualidades físicas por un programa de entrenamiento físico adecuado.

Los profesores de educación física deben estar informados de cuales son los escolares asmáticos que tiene a su cargo y que, por tanto, precisan tomar medicamentos antes del ejercicio. Por este motivo, el pediatra debe confeccionar un informe completo sobre la patología del niño incluyendo una serie de recomendaciones al respecto. Asimismo sería de interés el tener comunicación con el educador físico y poder así transmitir la idea fundamental de que el adolescente asmático puede y debe realizar ejercicio físico o una actividad deportiva determinada. Entre las múltiples recomendaciones que se deben mencionar destacan:

- Todos los programas incluirán actividades a medida de la personalidad, capacidad y aficiones del paciente para asegurar el éxito de la continuidad. A la hora de orientar, indicar un deporte de equipo, hay que dejar al muchacho que opine en cual se encontrará mejor. Se debe elegir el que al paciente más le guste, porque sea el propio de la zona o porque sus compañeros y amigos lo practican.
- La adaptación al ejercicio debe ser progresiva, mejorando poco a poco la forma física. Existen individuos que fueron diagnosticados de asmáticos y que con el tiempo, y los tratamientos, su asma es menos reactiva.
- No realizar ejercicios aeróbicos extenuantes, siendo preferibles los ejercicios progresivos. El objetivo sería conseguir un ejercicio aeróbico, continuo y rítmico, de 20 a 30 minutos de duración un mínimo de tres veces por semana.
- El período de ejercicio debe ir precedido de 5-10 minutos de calentamiento para inducir el período refractario y debe ir seguido de un período de enfriamiento gradual.
- Utilizar premedicación con broncodilatadores betaadrenérgicos inhalados antes del ejercicio.
- Los deportes más aconsejables son los que pueden realizarse en ambientes templados y húmedos como la natación o las actividades en lugares cerrados. Sin embargo, pensar que "*estar a cubierto es estar caliente*" no es real; estar a cubierto es no mojarse si llueve; por tanto, vigilar en la medida de lo posible la calidad del ambiente respirado cuando el ejercicio se realice en lugares cerrados; evitar los ambientes fríos y secos o contaminados.
- Los deportes en equipo permiten al paciente imprimir la intensidad que le permite su condición frente al deporte, pero además facilitan el cambio del que está cansado (balonmano, baloncesto) o el descanso mientras el juego se practica en otra parte del campo (fútbol, rugby); eso permite que haya momentos de actividad y descanso continuos, períodos de recuperación completos, con un trabajo acumulado al final de la sesión de cierta importancia.
- No realizar ejercicio durante las exacerbaciones asmáticas, ante el menor síntoma de molestia o en presencia de alérgenos a los que esté sensibilizado.
- El profesor o monitor de gimnasia le permitirá parar cuando note algún síntoma.

■ Requisitos básicos para poner en marcha una estructura educativa en medio hospitalario

Es aceptado por todos los consensos que la educación del niño asmático representa una parte esencial de su tratamiento.

Para poner en marcha una estructura educativa en medio hospitalario, serían necesarias varias premisas.

– Que el equipo encargado de la educación sea *polivalente* integrando médicos, enfermeras, kinesiterapeutas... y que esté estructurado alrededor de un proyecto escrito y elaborado con todos los actores de la educación.

– Que la educación del niño asmático y su familia sea un *proceso continuo* y debiendo estar integrada dentro de cada una de los actos de cuidados del niño.

– Que para la puesta en marcha de un sistema educativo en medio hospitalario se obtenga el *consenso médico* en relación al proyecto, ya sea un *consenso terapéutico* (para que todos los actores de la enseñanza terapéutica tengan el mismo lenguaje) o un *consenso educativo*. La existencia de relaciones sólidas entre la hospitalización y la consulta y entre el hospital y los médicos de atención primaria son factores esenciales que van a permitir que la educación sea plenamente eficaz. Es imprescindible hacer validar el proyecto de educación por la institución ya que una de las preocupaciones de las gerencias es la "rentabilidad" de los servicios.

Existe evidencia científica que la educación de los niños asmáticos y de sus familias permite una disminución de las hospitalizaciones, una mejor utilización de los servicios de urgencia y un menor uso de las consultas por asma en atención primaria. Educar un niño asmático es difícil, ya que las familias representan un público heterogéneo tanto nivel de motivaciones como de capacidades de aprendizaje. Por otra parte, el personal del equipo educativo deberá adquirir obligadamente competencias pedagógicas para las cuales su formación no les ha preparado.

La educación se centrará sobre las necesidades del niño, teniendo en cuenta sus conocimientos y el de los padres sobre la enfermedad, así como sus creencias, sus deseos y sus proyectos.

La enseñanza deberá ser estructurada en cuatro etapas: diagnóstico educativo (identificación de necesidades), contrato de educación (definición conjunta de los objetivos de aprendizaje), aplicación de métodos pedagógicos y evaluación de la acción educativa. La evaluación tiene por objetivo no solo informar al equipo educativo sobre las adquisiciones del enfermo y su familia (modificación de sus conocimientos, de su estado de salud..) sino que además aportará información sobre la calidad de la enseñanza y del programa educativo.

La educación terapéutica del paciente asmático es una vía prometedora para mejorar la calidad de vida de los pacientes asmáticos.

Dra. J. M. Román

La vivencia emocional del asmático

Inicialmente las primeras reacciones ante el diagnóstico son de incredulidad pensando que la crisis no se volverá a repetir, es el *rechazo* de la enfermedad.

A continuación, el paciente experimenta un período de cierta tristeza pero que no puede considerarse como una verdadera depresión.

La fase de *aceptación* de la enfermedad viene seguidamente, manifestando el paciente el deseo de adaptarse a la realidad de su asma y de intentar su manejo.

Este proceso que conduce a la aceptación de la enfermedad sufre importantes variaciones según los pacientes. Está influenciada por la evolución del asma y puede ser beneficioso el encuentro con otros asmáticos a través de actividades asociativas impulsadas por las Asociaciones de Asmáticos.

■ Educación terapéutica del paciente asmático en medio hospitalario

Siendo fundamental un diagnóstico precoz y un ordenado tratamiento del asma en la infancia, se plantea un reto importante en el momento actual: *la educación terapéutica*.

Los que desde hace años nos dedicamos al estudio y seguimiento de esta patología, comprobamos en el día a día, que a pesar de contar con medios adecuados para un correcto diagnóstico y que los avances científicos en el campo de la investigación nos han aportado soluciones terapéuticas cada vez más eficaces, en la práctica diaria observamos un importante porcentaje de fracasos.

Preguntándonos *su porqué?*, hemos encontrado la respuesta en la falta de conocimiento del paciente sobre su *enfermedad*, su cronicidad y las complicaciones que se derivan del mal uso de los medicamentos, aplicando sistemas inadecuados sin tener en cuenta las características personales de cada paciente.

Aceptar como denominador común que un niño mayor de 7 años puede realizar correctamente un tratamiento inhalado con polvo seco, sin haberlo comprobado previamente puede conducirnos a este *fracaso*.

Es pues imprescindible, dedicar a cada paciente el tiempo adecuado para elegir aquel sistema que según sus características sea el idóneo.

Sistemas *mdi*, cámaras espaciadoras, sistemas turbuhaler, accuhaler o autohaler, están ahí pero su *manejo adecuado* corre a cargo de los *educadores en el asma*.

Desde que hace tres años pusimos en marcha el *taller-escuela* para la educación de los niños asmáticos, en el que se trabaja conjuntamente con sus padres o tutores el número de incidencias ha descendido notablemente, esto nos ha animado a salir fuera del Hospital llegando hasta los Colegios y al profesorado sobre todo de Educación física. Todo un reto y una nueva experiencia de cuyos resultados os iremos informando.

A. Neira

El asma, una visión diferente

El manejo de una enfermedad crónica como el asma supone un cambio profundo en la relación médico enfermo.

El médico debe ayudar al paciente a comprender su enfermedad y su tratamiento, a convertirle en actor en relación al manejo de su enfermedad y a conducirlo hacia una mayor autonomía.

■ **Ámbito de la educación.** **¿Por qué no en urgencias?**

La intervención educativa se puede desarrollar en diferentes ámbitos tales como los centros hospitalarios, servicios de urgencias, consultas de atención primaria, en escuelas etc., sin que, al parecer, haya una evidencia clara de cual es el mejor. Todos ellos tiene ventajas é inconvenientes que es preciso valorar.

Todos somos conscientes de que en el ámbito de la urgencia el trabajo asistencial es, a menudo agobiante y resultaría un absurdo intentar llevar una actividad educativa similar a la que se debe hacer en un ambiente relajado, tranquilo y sin prisas.

La característica de éste ámbito de educación es que se rescatan pacientes que pueden estar siendo mal controlados y que, al encontrarse en una situación angustiosa pueden ser más proclives a la acción educativa. La finalidad principal a conseguir en este lugar sería, además de todos los demás objetivos educacionales, la de enseñar planes de acción preventiva que redujesen las asistencias a urgencias. Las revisiones realizadas en adultos han podido demostrar que una mínima intervención educativa (sólo información) inmediatamente después de ser atendido en un servicio de urgencia, si bien no mejora las variables de salud estudiadas, si que consigue disminuir el numero de visitas ulteriores a esos servicios. En el caso delos niños, algunos trabajos demuestran beneficio pero cuando se revisa sistemáticamente el efecto de la intervención educativa en niños que han sido atendidos en un servicio de urgencias no se encuentran diferencias significativas respecto a los controles, aunque si se observa cierta tendencia a la reducción de morbilidad. Esta falta de significación pudiera ser debida al escaso número de ensayos incluidos y a su heterogeneidad.

Sin embargo, el ámbito de la urgencia puede se, estamos convencidos de ello, un lugar adecuado para reforzar algunos aspectos que forman parte de un programa educativo reglado. Algunos ejemplos podrían ser: repaso de la secuencia de actuación en el domicilio desde que se inicio la crisis (repaso del automanejo de la misma), comprobación y corrección si precisa, de la técnica del Flujo Espiratorio Máximo, y finalmente comprobación y corrección, de la técnica de utilización de los diferentes dispositivos de inhalación. A la luz de la evidencia científica actualmente disponible, en los Servicios de Urgencias se utilizan cada vez mas los broncodilatadores por vía inhalada –con cámaras– en detrimento de la forma nebulizada.

Educación terapéutica de los asmáticos: recomendaciones a poner en práctica

El Ministro Delegado de la Salud en Francia, Bernard Kouchner, ha decidido proponer un Programa de acciones de manejo y prevención del asma, articulado en 5 objetivos.

- *Desarrollar la información sobre el asma.*
 - Mejorar la información de los pacientes asmáticos y del publico en general
 - Desarrollar la dedicación de consejeros en ambiente interior
- *Mejorar la calidad de los cuidados*
 - Mejorar el manejo del asma agudo grave
 - Mejorar el seguimiento de los pacientes asmáticos
 - Favorecer la identificación y acogida de los niños asmáticos en el medio escolar
- *Desarrollar la educación terapéutica*
- *Mejorar y prevenir el asma profesional*
- *Poner en marcha un plan de vigilancia y seguimiento sobre el asma y sus factores de riesgo*

Gemes Journées Francophones Asthma et Education. DREUX. Jun 2002

Aparte de otras ventajas este hecho permite la posibilidad de repasar y corregir la técnica de inhalación, utilizando los mismos dispositivos que el paciente utiliza en su domicilio, lo cual, además de la aumentar la eficacia, incrementa la confianza y la seguridad del propio paciente y de su familia.

Así pues, en al ámbito de la Urgencia, si bien quizás no sea posible desarrollar un programa

educativo como tal, si puede ser un ligar adecuado donde poder reforzar algunos aspectos importantes del mismo.

J. Korta
Febrero 2003

■ Programas de atención al niño asmático. Seguimiento en Atención Primaria

El seguimiento del asma infantil en la consulta extrahospitalaria, abarca: el diagnóstico inicial con pruebas diagnósticas de primer y segundo nivel, tratamiento de crisis y de mantenimiento con sus respectivas consultas de seguimiento (efectos secundarios, tolerancia, respuesta terapéutica) a lo que hay que añadir la asistencia generada por los problemas asociados como atopia y rinoconjuntivitis. La atención hospitalaria se centra en el desarrollo de diagnósticos complejos, seguimiento de casos de difícil control y en la atención de niños que precisan ingreso.

La protocolización de las consultas de seguimiento llevadas a cabo por el pediatra de Atención Primaria agiliza la asistencia prestada, economizando recursos y facilitando la integración de las actividades diarias: escolares y familiares entre otras. Es necesario que esta protocolización se ajuste a un programa de seguimiento con el apoyo institucional, a semejanza del programa del niño sano. En nuestro país se ha puesto en marcha el modelo establecido en la Comunidad Autónoma de Asturias con apoyo institucional de la Administración y que nos servirá de referente para las restantes Comunidades Autónomas.

Existen diferentes modelos de Intervención Comunitaria en Asma Infantil, en los que se establecen los puntos básicos que debe cumplir un programa de atención al niño asmático. Estos puntos se pueden resumir en la siguiente tabla:

- Adiestramiento del personal que va a llevar a cabo el programa de seguimiento, con la figura de un coordinador que puede estar relacionado con Atención Hospitalaria.
- Identificación de recursos necesarios y relación con los recursos disponibles para dotación posterior.
- Reorganización de los servicios para adecuar el tiempo necesario para el desarrollo del programa.
- Material de educación y protocolos para el automanejo.
- Establecer las necesidades de asistencia de las diferentes áreas de salud.
- Establecer un programa piloto inicial que permita la mejora de los posibles fallos en la puesta en marcha.

CONCLUSIONES:

1. El seguimiento del niño asmático es fundamentalmente extrahospitalario con una carga asistencial.
2. Es importante el entrenamiento del pediatra de Atención Primaria en el manejo de la enfermedad y su seguimiento terapéutico.
3. El impacto asistencial que conlleva el seguimiento del asma infantil, hace necesaria la protocolización de la atención al niño asmático, y creación de un Programa de Atención específico coordinado.

■ ¿Qué hay que valorar para mejorar las actividades existentes en educación del paciente?

Toda actividad educativa está dirigida a enseñar al paciente una serie de cosas relativas a su estado, su enfermedad y su tratamiento con el objetivo de permitirle, si el lo desea, autocuidarse y conseguir la mayor autonomía posible.

Pero los proyectos educativos que se limitan al aprendizaje de la enfermedad y a su tratamiento no permiten, casi nunca, alcanzar estos objetivos. Así, para educar, es necesario definir contenidos educativos coherentes con las necesidades propias del paciente y sus posibilidades y es imprescindible elegir tanto el contenido educativo como el contexto y los métodos. Para esto es necesario comprender cómo y por qué los pacientes adoptan diferentes comportamientos de salud y de qué tienen necesidad para mejorar su capacidad de participación en el tratamiento.

No es suficiente el conocer mejor al paciente y los factores que explican sus reacciones frente a la enfermedad, sino que además sería de interés servirse de este conocimiento para diagnosticar, prescribir, educar... etc. Se puede actuar de diferentes maneras: por una parte, comprendiendo mejor al paciente para así reorientar y redefinir mejor los contenidos de la educación y la elección del tratamiento, aumentando así las posibilidades de adhesión, y por otra, ayudando al paciente a comprender él mismo cómo y por qué de sus comportamientos. Esto deberá permitir respetar las elecciones que el paciente hace y prever una participación más responsable del mismo en su tratamiento.

Aceptando que los comportamientos de los pacientes hacia los tratamientos prescritos y de su enfermedad son el resultado de un conjunto de factores, el plan educativo estaría dirigido a conocer estos factores favorecedores o frenadores, así como integrarlos en el trabajo de educación abordado juntamente con los pacientes.

Entre las categorías de factores que entran en juego figuran:

- *El contexto político y social de la salud*, que comprenden las prioridades de salud que orientan las decisiones institucionales en materia de proceso terapéutico y de cuidados de salud.
- *El contexto institucional, organizacional y educativo.*

El primero define el modo de funcionamiento de la institución (hospital), la prioridad, la financiación, los medios acordados para la educación del paciente. Los otros dos se sitúan a nivel de unidad de cuidados.

- *el marco de la relación interpersonal de cuidados y de educación*, interacción entre cada paciente y el equipo educativo
- *factores relativos al equipo educativo y a sus contextos sociales y culturales*, que influyen sus representaciones y predisposiciones hacia los pacientes y los cuidados (roles, competencias profesionales)
- *factores relativos a los pacientes, valores, representaciones, comportamientos...* y las características culturales y sociales en las cuales ellos se inscriben.

El punto de partida es así, el de la multifactorialidad del cumplimiento. Esto implica factores de influencia y de procesos que se pueden contemplar globalmente, pero que ocupan un lugar y un sentido de importancia diferente para cada paciente. Incluso aunque se pueda concebir un "perfil de pacientes" según su sintomatología, cada uno puede considerarse como un sujeto particular.

La comprensión del cumplimiento se basa en tres principios:

la globalidad. El cumplimiento es un conjunto de comportamientos ligados a la adaptación del paciente a su enfermedad crónica y como tal debe ser abordado principalmente desde el punto de vista del paciente y de sus representaciones.

la integración. El cumplimiento pone en juego varios factores de influencia actuando en interacción y ligados cada uno de los actores implicados en el proceso.

Estos factores se combinan de diversa manera, según los pacientes, y toda intervención con ellos debe tener en cuenta la posibilidad del mayor número de factores.

personalización e individualización. El cumplimiento debe ser contemplado como la acción de pacientes y no como objeto independiente. El cumplimiento es la traducción de la preocupación de los profesionales y no la del paciente; este último no se posiciona espontáneamente como cumplidor o no del tratamiento, sus preocupaciones siguen otro orden.

El estudio de los diversos factores que intervienen en el cumplimiento ha permitido precisar aquellos en los que es preciso fijar la atención cuando se construye un programa de educación del paciente, tomando conciencia de la complejidad y de la diversidad.

■ Recomendaciones en la educación del paciente asmático

- Componente esencial de la terapia
- Objetivo: adquirir conocimientos y cambio de conducta
- No suficiente escritos, boletines o vídeos
- Eficaz solamente en presencia de terapéutica efectiva
- Debe hacerse en cada contacto con el paciente
- La auto-monitorización puede ser efectiva
- Utilización del Peak-Flow en pacientes seleccionados
- Plan de Acción por escrito
- Estudio rutinario de la Función Pulmonar
- Control de pacientes severos: expertos en asma
- Medicación inhalada preferentemente
- Uso de fármacos a dosis bajas
- Corticoides inhalados la mejor opción para el tratamiento anti-inflamatorio inicial

J. M. Román

SUGERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

L'ASTHME. NOTIONS DE BASE. EDUCATION. INTERVENTION

Luois Philippe Boulet. Les Presses de l'Université Laval

Bajo la dirección de Louis Philippe Boulet la obra desarrolla los principios básicos para conseguir una enseñanza eficaz para el asmático y su entorno así como consejos prácticos e instrumentos útiles para el desarrollo de un programa educativo.

SELF MANAGEMENT EN ASTHME

Un suplemento de la revista Patient Education and Counseling de fecha de diciembre de 1997 está consagrado al automanejo del asma. Numerosos autores americanos, europeos, australianos aportan su contribución a este suplemento enteramente consagrado a la educación del paciente asmático para un mejor manejo de su enfermedad y de su tratamiento.

Patient education and consulting
Supplement: Selt Management en Asthma
*Redactores: Martyn R. Partridge;
Erwin R. Seydel*
Vol32. Suppl 1
Diciembre 1997. Elsevier

ASMA Y EDUCACIÓN

Boletín editado por la Sociedad Española de Neumología Pediátrica con la colaboración de



Comité de redacción:

Dr. J. Korta (Gipuzkoa)
Dr. M. Martínez (Granada)
Dra. A. Neira (Madrid)
Dr. J. Pérez Frías (Málaga)
Dr. S. Rueda (Madrid)
Dra. C. R. Rodríguez (Tenerife)
Dra. J. M. Román (Mallorca)

Boletín Asma y Educación n.º 3
Mayo 2003

Colaboran en este número:

Dr. J. Korta (Gipuzkoa)
Dr. A. Neira (Madrid)
Dra. C. R. Rodríguez (Tenerife)
Dr. S. Rueda (Madrid)
Dra. J. M. Román (Mallorca)

Asociación Española de Neumología Pediátrica

Dirección:
jmroman@hsd.es