

ASMA Y EDUCACIÓN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA

Número 4

Mayo 2004

Editorial

Todos los que practican la educación del paciente asmático conocen las satisfacciones que esta actividad aporta, ya que, en general, los pacientes aprenden a manejar mejor su enfermedad y reinician ciertas actividades que habían abandonado gracias a que la educación les ha permitido recuperar la confianza. Es pues, algo extremadamente positivo y gratificante para los que la realizan.

Sin embargo, desgraciadamente son siempre los mismos pacientes los que son fieles a las consultas médicas y los que se benefician de la educación terapéutica.

Nuestra preocupación es finalmente una preocupación de equidad y de igualdad que nos lleva a pensar que todos los pacientes deberían tener el derecho a ser educados, este derecho que les permite finalmente vivir mejor con su enfermedad.

Desgraciadamente, las desigualdades sociales permanecen y representan un determinante mayor del estado de salud de las poblaciones, son los problemas de los pacientes en situación económica difícil.

Lo que importa hoy en la secuencia educativa, cuando se trabaja con poblaciones en situación de precariedad social, es el ser sensible a todo lo que se llama competencias psicosociales. La cuestión de la fatalidad por ejemplo, o las adicciones tienen una relación con la auto-estima y no se puede establecer un proyecto educativo sino existe un mínimo de narcisismo, siendo necesaria una seguridad en sí mismo y una capacidad de aceptar o rechazar actuaciones.

En las clases más desfavorecidas hay mecanismos de pensamiento que no existen: no se saben planificar sobre el porvenir, hacer planes, no hay perspectiva de jubilación... se está mucho más en el presente. Por consiguiente, cuando se lanzan mensajes de salud para incitar a la gente a preservar su futuro, a evitar perder su capital de salud...etc, esto no tiene eco entre aquellos que no figuran entre sus representaciones.

En el orden de las necesidades primarias, las prioridades de la salud en general y del asma en particular vendrán después de los problemas de la vida cotidiana.. Toda una fase de acompañamiento y de preparación de la persona es a veces más importante que el trabajo pedagógico sobre el desarrollo de competencias propiamente dichas.

J.M.Roman

Terminología a utilizar para educar a los pacientes

En la educación, se contempla el *sujeto* y la *duración*. Esto implica forzosamente un intercambio que puede ser verbal o no verbal. El intercambio no verbal es el que se hace en pequeños grupos.

El interés del intercambio verbal radica en la posibilidad de utilizar hoy técnicas que permitan analizar el discurso que tenemos los unos con los otros, ya que nuestros discursos no son indiferentes. Las palabras tienen un sentido. Lo que es particularmente interesante es el intentar comprender lo que hay detrás del vocabulario que utilizan las personas y aplicar técnicas de análisis de discurso por parte de los profesionales. Detrás, hay también un aproximación que es más hacia el sujeto, de tipo psicosocial, y que nos permite hacernos una representación de lo que es el otro en tanto que enfermo. Es imposible educar sin preocuparse de esta faceta.

La educación, por principio, es evidentemente algo que se dirige al sujeto. En estudios realizados en poblaciones de asmáticos, se recogen expresiones y palabras que traducen situaciones, a veces, imperceptibles por los profesionales.

La *frecuencia de diferentes palabras* utilizadas muestra que cuando la gente habla de asma, las palabras se focalizan en "**asma**" y "**alergia**". Esto plantea la confusión entre las dos situaciones, dando lugar a consecuencias prácticas, ya que refugiarse en la palabra alergia provoca una confusión que no favorece la acción.

¿Qué es la alergia en el espíritu de la gente? Es una reacción adversa ¿a qué? ¿Tiene el mismo sentido para el profesional?

Otras palabras frecuentes son la "**crisis**", "**los bronquios**" "**la angustia**". La crisis para los pacientes es una situación grave, lo que significa que cuando les hablamos de crisis la interpretación es diferente y nuestro discurso induce eventualmente a un sentido de gravedad inexistente, desencadenando la angustia.

Relativo a la "**herencia**", nosotros hablamos de herencia y de genes. Esto no es lo que los enfermos entienden, ya que traducen otra cosa, el significado que para ellos tiene, la transmisión de padres a hijos, la culpabilidad, la responsabilidad del otro.

La palabra "**relajación**" es frecuente. Se dice que los enfermos se relajan en la crisis. Ellos entienden que pueden suprimir el tratamiento si hacen relajación..

La "**educación**", palabra lejana para hablar del asma. Los pacientes la entienden como discutir con su médico o la instrucción para manejar un spray.

En conclusión, es necesario concebir que el vocabulario es esencial, que las palabras utilizadas por el médico son interpretadas, y que la interpretación que hacen los enfermos no son nunca la que hacen los médicos. Sólo cuando los médicos son asmáticos existe una interpretación diferente.

J. M. Román

■ Ética y educación para la salud del niño asmático

Desde hace ya algún tiempo el profesional sanitario ha descubierto en la educación para la salud un aliado imprescindible en su tarea de mejorar el bienestar de los enfermos crónicos.

La OMS define la educación para la salud como la ayuda a un individuo para desear estar sano, saber como conseguirlo, hacer lo posible individual y colectivamente para ello y buscar ayuda cuando lo necesite.

La experiencia de todo profesional de la medicina demuestra que la educación sanitaria refuerza la relación con el paciente, quien por su parte recibe la prescripción y el consejo y trata de aprender a realizar el tratamiento exponiendo sus dudas y preferencias para mejorar la adherencia al mismo. "El buen medico no prescribe la medicación hasta que no ha convencido a su paciente ". Estas palabras de Platón son la forma clásica, nada sofisticada de hablar del buen hacer del médico con su paciente.

En el caso del niño asmático, el tratamiento plantea dos objetivos: conseguir el control de los síntomas y lograr que los pacientes y sus familias conozcan la enfermedad y sean capaces de enfrentarse a ella de la manera más autónoma posible. Este último objetivo es el que persigue la educación sanitaria.

En cuanto al contenido de la educación sanitaria dirigida al asmático, es aconsejable que cuente al menos con algunas nociones acerca del funcionamiento del aparato respiratorio y de los mecanismos por los que se desencadenan las crisis de asma, su prevención, reconocimiento y tratamiento por medio de una correcta utilización de los medicamentos y de los Servicios de Salud. De esta manera se consigue paliar el sufrimiento que lleva consigo toda enfermedad crónica en el niño y en su familia y favorecer que el paciente pueda llevar una vida normal con las actividades habituales de todos los niños, como jugar, hacer deporte, acudir regularmente al colegio y relacionarse con los demás.

Desde una visión humanista de la medicina, el profesional de la salud tiene la obligación de dotar a su paciente de las herramientas adecuadas para que pueda conocer y controlar su enfermedad.

El fundamento de estas afirmaciones son los principios clásicos de la actuación ética.

El principio de beneficencia por el cual el médico-educador facilitaría al paciente la conquista de cotas aceptables de salud que le permitan mantenerse asintomático.

El principio de justicia, por el que el paciente tiene derecho a aquello que le es debido por parte del sistema sanitario: el control de su enfermedad, al tiempo que favorece una mejor utilización de los recursos.

El principio de autonomía es el que permite al paciente tomar decisiones sobre los tratamientos a aplicar en cada caso.

A esto se opone la limitación objetiva de recursos materiales, de tiempo y de formación y la dificultad de salir de la rutina de los automatismos diarios y reflexionar en que la medicina debe atender a la realidad más global de la persona y no solo a lo puramente técnico.

No hay duda de que éste es un reto en el mundo sanitario, que en caso de conseguirse enriquecería tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.

■ Taller de asma y educación del paciente asmático

Dentro del seguimiento y tratamiento del paciente asmático, se admite en general, que el papel de la educación del paciente en relación a su propia enfermedad permite a este un mejor conocimiento de la misma, pronostica una mejor evolución y lo que es más importante, facilita y crea una mayor efectividad en el cumplimiento del tratamiento.

La tarea educativa en el paciente pediátrico, se ve limitada por la edad del propio paciente, por lo que en definitiva irá dirigida o bien a padres o bien al propio paciente, dependiendo de la edad y del grado de responsabilidad del niño diagnosticado de asma.

Otro aspecto, siempre polémico, es si la educación debe dirigirse a grupos o bien ser individualizada; al parecer predominan los defensores de esta última opción, procurando que sean sesiones de 15-20 minutos repartidas en varias semanas con la intención de no cansar o sobrecargar de información al propio paciente o a la familia.

Queda pues un aspecto al que habitualmente no se hace referencia; ¿quiénes son los que han de actuar como educadores?

Hay que reconocer, que cualquier pediatra tiene capacidad para informar, capacidad y obligación, pero educar no es simplemente informar; la experiencia pedagógica no es innata en general, precisando de una preparación previa que algunos adquieren a través de su experiencia universitaria y otros por su docencia al postgrado; aún así sería difícil educar sin conocer a fondo y con permanente actualización una enfermedad compleja y rodeada de múltiples factores personales, como es la enfermedad asmática.

La posibilidad de participar como docente en un taller de asma en pediatría, realizado por Neumólogos y Alergólogos pediátricos, con la colaboración de un Pediatra de Atención

Primaria y un ATS de especialidad, y dirigido a 80 Pediatras y ATS de Atención Primaria, nos ha permitido analizar algunos aspectos, que aunque como situación individualizada, creo que son reflejo de una situación más general.

En la evaluación post-taller, el 57,6% consideraba muy adecuado la utilidad del curso, mientras que el 42,4% lo consideraba adecuado. Un 44,4 % creía factible hacer educación del paciente asmático en Atención Primaria, un 37,7% no y un 17,8% tenía dudas.

Pero quizás lo que más llamó nuestra atención, aunque estábamos previamente advertidos, fue que el 68,9% no tenía tiempo material para dedicarlo a educación del asmático, un 17,7% tenía dudas y sólo un 13,3% decía poder dedicar algo de su tiempo a dicho menester.

Aunque en estas variables pueden influir diversos factores (personal, situación geográfica del Centro, medios materiales, etc.) hay que resaltar la necesidad de formación continuada y relación entre pediatra especialista y pediatra generalista y a la vez las dificultades de tiempo material para analizar como sería deseable la enfermedad asmática, falta de tiempo que incluso se hizo patente entre los propios ponentes del taller, con el descenso de actividad en las unidades entre un 50-75% mientras duró éste y con ocupación de un horario extra al horario laboral.

La solución posiblemente forme parte de un "próximo capítulo", pero sí es cierto que habría que analizar entre todos los interesados, la manera de atender de forma más personalizada a nuestro niños asmáticos.

M. Martínez

■ Asma y relajación

Las técnicas de relajación son métodos terapéuticos cuyo objetivo es normalizar los niveles orgánicos de estrés.

El objetivo fundamental de dichos métodos consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo.

¿No sería en ese sentido un tanto "incoherente" denominar "involuntario" al sistema neurovegetativo? ¿No estaremos infravalorando las capacidades autógenas de regulación? ¿No habremos controlado sin fomentar el autocontrol? ¿Nos habremos excedido en nuestra responsabilidad?

Más de 600 estudios realizados en sujetos adultos que practican yoga y meditación trascendental parecen confirmar la respuesta afirmativa de dichas suposiciones, validando mediante pruebas de laboratorio (E.E.G, registro de actividad cardio-pulmonar, niveles analíticos específicos) que tales actividades reducen considerablemente los efectos perniciosos del estrés patológico.

Por otra parte, ¿Es posible educar u orientar al niño de corta edad hacia la regulación innata de sus propias actividades fisiológicas? ¿No sería ésta una herramienta inocua y eficaz para prevenir y/o paliar la sintomatología del asmático durante los primeros estadios de la enfermedad? ¿Sería todo ello beneficioso para reducir el broncoespasmo asociado?

En relación con lo expuesto, hemos encontrado numerosas escuelas alternativas de inhibición del estrés; orientales u occidentales, individuales o grupales, autógenas o dirigidas, dinámicas o estáticas. Todas ellas difieren en cuanto a aspectos filosóficos y doctrinistas se refiere. Sin embargo, y pese a tanta disparidad de criterios, todas hacen hincapié en un aspecto conductual primordial: *el control y conocimiento profundo de la respiración* como clave para la regulación de los procesos autónomos.

La elección de la técnica adecuada para cada niño se debería realizar en función de sus posibilidades físicas y cognitivas, así como del grado de satisfacción subjetiva que le genere. No se puede discriminar si no se ofrecen alternativas de selección.

Las técnicas orientales de relajación, por ejemplo, abogan por desplazar la atención del plano morfológico al plano energético de la fisiología. Tanto es así que los fisiólogos chinos afirman que al respirar generamos un campo energético electromagnético por nuestro cuerpo cuya intensidad es proporcional a la calidad del proceso respiratorio en sí.

¿Qué es para nosotros la "energía corporal" sino un concepto abstracto, tendente al esoterismo y de difícil evaluación clínica? Einstein concluyó que la materia es energía condensada, en movimiento, altamente organizada? $E = mc^2$. ¿No se basa el modelo científico occidental en dicho postulado? ¿hacia dónde despejamos nosotros la "E" de la ecuación? Bastante lejos, seguramente...

De entre las técnicas occidentales de relajación destacaríamos por su fácil aprendizaje para niños las técnicas de Jacobson y Schultz de contracción-relajación, la autohipnosis, las técnicas de autoconciencia postural estática y dinámica así como las terapias manuales con efecto sedante.

■ Aprender si, pero ¿cómo?

La educación terapéutica va a implicar obligadamente una secuencia desarrollada en diferentes fases. Una primera cuya relación médico-paciente es esencialmente *vertical* y en la que la transmisión de la información de los profesionales, enmarcados en un rol de expertos, se realiza en forma de *monólogo* a los pacientes pasivos. Modelo "ex cátedra". Es el modelo de la mayoría de nosotros, médicos, en relación a nuestra formación inicial.

Es evidente, que tendremos que partir de este modelo para orientarnos hacia otro modelo en que la aproximación sea más horizontal y donde puedan hallarse la solución de los problemas.

Los profesionales comienzan, a partir de ahora a tener un rol diferente, es el rol de *mediador*, que va a permitir a un paciente activo construir progresivamente, en el contexto del diálogo, las competencias necesarias para su vida cotidiana. Supone introducirse en el modelo *interactivo*.

La situación problema es el punto clave, partiendo de la experiencia de los pacientes. Ellos tienen siempre su historia y sus experiencias anteriores, concepciones iniciales que no se pueden ignorar. Y así, el objetivo, partiendo de acontecimientos de su vida cotidiana, será el cuestionamiento y la reflexión sobre su situación.

Los datos biomédicos del paciente son fundamentales así como las vivencias en relación a su asma, dificultades, experiencias, hospitalizaciones y estrategias personales.

La idea es plantear esta situación problema y en una primera etapa, conducir al paciente a realizar un cierto número de hipótesis intentando dar un cierto sentido a lo que dice. La situación problema sólo es interesante en esta perspectiva de "sentido".

No se trata de sentido biomédico sino en el sentido de la vida cotidiana. A partir de aquí, el paciente va a elegir una actitud y esta elección va a tener una cierta influencia sobre su situación problema.

Es importante que el paciente pueda expresar en términos de "yo", pues la situación debe afectarle directamente y no ser la discusión de un caso clínico exterior a él.

Deberá analizar de que forma está afectado por su estado actual, cual es la valoración de su situación, que es lo que va a hacer, que es lo que va a evitar y también cuales son los argumentos que conducen a su elección así como el grado de convicción, todos ellos elementos importantes para que el nuevo comportamiento se perpetúe y solidifique.

Con estos nuevos planteamientos, el paciente tendrá más posibilidades de conseguir el éxito en el manejo de su enfermedad que con un discurso vertical.

J.M. Román

Objetivos de las Asociaciones de asmáticos:

- Informar sobre la enfermedad, los tratamientos.
- Acompañar a los pacientes, las familias.
- Escuchar, desdramatizar.
- Reagruparse en torno a actividades comunes: deportivas, artísticas, etc...
- Adquirir una autonomía mediante las secuencias educativas.

■ Educación, un coloquio singular y plural

**7èmes Journées Francophones Asthma et Education.
Bordeaux 2003.**

Coloquio singular médico-paciente

¿Porqué un coloquio singular? Porque es el enfermo el que lo pide. Los pacientes piensan que ellos tienen necesidad de una información mejor, que ellos deben ser más reivindicativos a fin de obtener mejores cuidados y los médicos no están de acuerdo sobre esto.

Es necesario centrar la formación de los médicos sobre la comunicación y la negociación.

Junto a programas educativos existentes, se sabe que todos los pacientes no pueden beneficiarse de los mismos, y que muchos no asistirán nunca a estas sesiones educativas colectivas. Convendría, pues, reflexionar todos juntos y trabajar sobre el rol específico del médico generalista que diariamente ve a todos los asmáticos. ¿Como se puede trabajar con los médicos generalistas, con programas, con instrumentos menos complejos, mas realistas?

Es en esta diversidad, es decir ensamblando a la vez la evidencia científica y los programas estructurados, pero no olvidando dirigir nuestros programas educativos hacia cosas mas simples. Es así que se podría lograr una generalización de la educación terapéutica.

Coloquio plural

Nada podrá hacerse si no existen relaciones entre los colectivos implicados. Se trata del plural del colectivo de profesionales, del colectivo de pacientes y también del colectivo de profesionales y pacientes, sin olvidar los sistemas de salud, la industria farmacéutica y las asociaciones de pacientes.

Hay que cuestionarse si partimos todos de la misma visión de la educación: ¿que significa para nosotros educar?. ¿Significa "instruir", "informar", "dar ejemplo", "dejar hacer", "permitir el desarrollo de las posibilidades personales". ¿Es nuestra actitud mas bien una actitud instructivista, o bien de control, moralizante? ¿O es una actitud de expectativa, de acompañamiento?

Siempre en el registro del colectivo y de lo que se puede poner en marcha, existe el lugar del paciente que es necesario re-cuestionar de nuevo: ¿cómo hacer para que el paciente sea el centro de la secuencia educativa? ¿Cómo implicar a los pacientes en la elaboración de los programas? ¿Cómo adaptar la educación a cada paciente?

Mensajes:

- Conocerse mejor para comprender mejor
- Comprenderse mejor para actuar mejor conjuntamente
- No permanecer en estadio de prototipos para pasar al estadio de la generalización
- La dificultad de implicar tanto a los pacientes como a los profesionales
- La educación deber girar alrededor del paciente.

Asthma and Education.

Canada's Sixth National Conference

¿Que es lo que los pacientes esperan de la educación?

Los pacientes esperan sobretodo, conocimientos bajo forma de una información sobre las causas de su enfermedad y sobre la cronicidad de la misma.

Los profesionales piensan que los enfermos buscan una mejora de su calidad de vida y un lugar donde se les escuche, un espacio de intercambios donde compartir sus experiencias. Hay un objetivo de apropiación de la enfermedad: la autonomía, la autogestión.

Otros buscan el contexto psicológico, el contexto terapéutico, la manipulación de los tratamientos, el Peak-flow, los planes de acción.

Ciertas personas no saben lo que buscan, pero descubren progresivamente lo que es el asma escuchando a los otros pacientes y aprovechando los intercambios que se producen.

La principal razón que motiva a los padres a participar en las sesiones educativas es la necesidad de que el medico les escuche y les ayude a desdramatizar la enfermedad, evitando el pánico de las crisis y la sensación de angustia permanente. Son sobre todo los padres de niños asmáticos que tienen un cierto sentimiento de culpabilidad en relación a sus hijos, los mas interesados. Es el punto de partida de una relación de confianza, con un discurso claro, sin falsas promesas.

■ Aproximación al papel de la enfermería en el control del niño asmático

El buen control de la enfermedad asmática se fundamenta en varios pilares: diagnóstico adecuado, prescripción del tratamiento más idóneo, seguimiento a largo plazo y educación del paciente y su familia.

La enfermería juega un papel crucial en este proceso por la incidencia de su labor en la ayuda al diagnóstico y en el seguimiento, pero fundamentalmente por su implicación en los programas de educación.

La función de la enfermería en este apartado consiste en la realización de diversas pruebas (espirometría, prueba broncodilatadora, test cutáneos, pruebas de provocación, etc).

Para llevar a cabo de forma óptima estas técnicas se requiere una formación teórica adecuada y, sobre todo, un periodo de adiestramiento práctico suficiente para que los resultados obtenidos de las mismas sean fiables.

Más allá de instruir, la enfermera ha de educar al paciente y su familia en diferentes aspectos de la enfermedad asmática y su manejo.

Entendemos por educación, no sólo la enseñanza de una serie de habilidades o pautas a seguir, sino el proceso de recogida de dudas, inquietudes, miedos..., la escucha atenta buscando la empatía y el posterior análisis y elaboración de los datos recogidos que permitan establecer un programa de educación lo más individualizado posible y adaptado tanto al paciente como a la familia.

Se pretende conseguir así la adquisición de habilidades y modificar conductas inadecuadas.

En ocasiones la enfermera obtiene datos importantes para el seguimiento que no han llegado al médico, bien por falta de tiempo, dada la saturación de las consultas, bien por timidez u otros motivos.

La educación es un proceso continuado que se inicia en la primera entrevista y se va desarrollando en las sucesivas.

La comunicación fluida es un elemento fundamental de la actividad educativa, que no puede improvisarse. Los siguientes puntos ayudan a conseguir una buena comunicación:

- Mantener una actitud receptiva y de escucha, estimulando la manifestación de preocupaciones, miedos, inseguridades...
- Interesarse por las limitaciones que la enfermedad produce al paciente y el grado de aceptación de las mismas.
- Estimular la autoestima mediante el refuerzo de sus aptitudes.

Los conceptos básicos sobre los que la enfermera ha de hacer incidencia al educar al paciente asmático son, esquemáticamente, los siguientes:

- El asma es una enfermedad crónica, pero no necesariamente invalidante.
- La diferencia entre inflamación y broncoconstricción.
- El reconocimiento de los síntomas y los factores desencadenantes.
- El uso correcto de los inhaladores y administración correcta de los fármacos prescritos por el médico.

Estas sencillas guías de actuación de la enfermería unidas a la labor específica del médico, favorecen el control adecuado del niño asmático y con ello contribuyen a mejorar su calidad de vida y la de la familia.

Maite López (ATS)

I Curso para Educadores en Asma Palma de Mallorca. Febrero 2004

Analizar los resultados de este I Curso para Educadores en Asma es una herramienta imprescindible en aras de sucesivas reuniones. El enfoque fue dirigido a las necesidades y requerimientos de los educadores en asma y sobre los problemas que ellos podrían encontrar.

Las enseñanzas sobre asma son realizadas frecuentemente por médicos, enfermeras y educadores de la salud, siendo imprescindible que estos profesionales posean las habilidades y conocimientos básicos para poder transmitir adecuadamente al paciente los conceptos que le permitan el mejorar el auto-manejo de su enfermedad, el valorar las necesidades individuales y la eficacia del programa educativo.

Programas específicos para los profesionales de la salud deberán ser diseñados y estandarizados para mejorar sus adiestramientos y asegurar la eficacia de sus enseñanzas. El futuro de la educación del asmático dependerá de una aproximación multidisciplinaria y serán necesarias futuras investigaciones para mejorar las intervenciones, cambiando la conducta de los pacientes y mejorando su cumplimiento.

M. A. Neira

EL ASMA BAJO CONTROL

El Test de 30 segundos sobre el asma

- | | si | no |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Has utilizado tu inhalador azul 4 ó mas veces durante la última semana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Has tenido dificultad para respirar, tos o pitos en los últimos 4-7 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Te has despertado por la noche por tos, pitos o dificultad respiratoria 1 vez o mas en los últimos 7 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Has tenido que suprimir actividades deportivas en los últimos 7 días debido a tos, pitos o dificultad respiratoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿En los últimos 30 días has estado ausente de la escuela por causa de tos, pitos o dificultad respiratoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sí has respondido "si" en una o varias de estas cuestiones, consultar con el especialista para que te ayude a encontrarte mejor

El objetivo: un mejor control del asma.

ASMA Y EDUCACIÓN

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



www.faes.es

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 4
Mayo 2004

Colaboran en este número:

Dr. D. Gonzalez
Dr. J. Korta (Gipuzkoa)
Sra. M. Lopez (Gipuzkoa)
Dr. M. Martinez (Granada)
Dra. A. Neira (Madrid)
D. S. Ribera (Mallorca)
Dra. J. M. Román (Mallorca)

Asociación Española de Neumología Pediátrica

Dirección:
jmroman@hsd.es