

Mesa Redonda: asma ¿En qué situación estamos?

Educación en asma. Una visión desde la pediatría de Atención Primaria

L. BAAMONDE RODRÍGUEZ

Centro de Salud "El Grove". Pontevedra

RESUMEN

- El asma es la enfermedad crónica más prevalente en pediatría, cursa con reagudizaciones y requiere la participación activa de la familia (padres y niño) para lograr su control.
- La educación se basa en dar información, enseñar técnicas y cambiar comportamientos, buscando como horizonte el que los padres y niños asuman progresivamente responsabilidades en su cuidado.
- Una comunicación adecuada y el desarrollo de una alianza terapéutica, son esenciales para romper las barreras a la educación.
- La atención primaria de salud, por su accesibilidad y abordaje integral del niño, se encuentra en una posición privilegiada para asumir gran parte de la educación del niño asmático, dichas intervenciones deberían de estar enmarcadas en un programa.
- La educación debe ser individualizada para cada familia, escalonada, adaptada a su capacidad, coherente con el estado actual de la ciencia, clara y realista; basándose en la concordancia y centrada en el paciente y su familia.
- La educación grupal es un complemento efectivo de la educación personalizada, pero nunca puede sustituirla.

Justificación

Su razón de ser: Reduce la morbi-mortalidad, las ausencias escolares y los costes tanto directos (hospitalizaciones) como indirectos. Aumenta la calidad de vida del paciente y su familia.

¿Quién la necesita? Todos los implicados desde el paciente y su familia hasta los cuidadores y en un sentido amplio los profesionales y los gestores para poder planificarlas.

Impacto del asma

El asma se ha convertido en el problema crónico de salud de mayor prevalencia en la edad pediátrica, afectando a la calidad de vida de un elevado número de niños y sus familias, origina una importante demanda y consumo de recursos sanitarios, y genera un gran impacto social con un coste elevado.

Su prevalencia varía según las áreas geográficas, como se ha comprobado en el estudio ISAAC. El Estudio Colaborativo Multicéntrico sobre el Asma Infantil en Asturias (1998), que investigó a 27.511 niños de 0 a 13 años, evidenció una prevalencia de asma del 11,5%, y del asma activa (síntomas en el último año) del 8,5%. En dicho trabajo tenían asma el 7,8% de los lactantes, el 13,5% de los preescolares y el 11,5% de los escolares. Esto implica una presencia de la enfermedad en todos los grupos de edad de tal envergadura que constituye el principal problema de salud a lo largo de toda la infancia. Estos datos se han recogido con la misma metodología en un reciente estudio de los Pediatras Extremeños de A.P. sobre un total de 23.049 niños, observándose una prevalencia acumulada de asma en niños de 0 a 14 años del 10,1%, con un 7,3% de asma activa en el último año y observándose también un 0,6% de niños con crisis de asma de riesgo vital. En Galicia existe un trabajo de la Dr^a Otero con una prevalencia de asma activa del 10,8% en el último año y en Castilla León en el estudio Isaac se encontraba un 10,1% de sibilancias alguna vez en su vida.

Desde la perspectiva de la pediatría de atención primaria, la envergadura del problema conlleva que el asma se ha convertido en la patología más frecuente, más consumidora del escaso recurso tiempo, y supone a su vez un reto para la permanente actualización, máxime cuando la situación estratégica del pediatra de atención primaria con su tradición de asistencia y abordaje integral del niño nos facilita el implicarnos cada vez más en los cuidados del niño asmático, tratándose además de un problema crónico y estando muchos de los desencadenantes íntimamente ligados con otras patologías frecuentes en AP como pueden ser las infecciones víricas.

Lejos del encasillamiento del asma como una patología meramente alérgica y no dependientes en exclusiva del efecto de una terapéutica farmacológica determinada, la perspectiva del pediatra de AP ante el asma la podríamos encasillar dentro de una visión comunitaria, entendiéndola como aquella que permite manejar al paciente asmático ligado a su entorno diario, lo que facilita la integración de todos los aspectos con una visión integral y es en esta óptica, en donde la educación se convierte en el eje central de la asistencia.

La perspectiva comunitaria se basa en la consideración del asma como una enfermedad crónica en la que la familia (padres y niño) debe asumir un papel activo, siendo su horizonte de trabajo el autocontrol y control en la familia del asma.

Esto implica el desarrollo de procesos educativos protocolizados y adecuados a la magnitud de cada asma y a la capacidad de cada familia; en un entorno amistoso, su propia comunidad, por tanto con gran accesibilidad, y con los mismos profesionales que se ocupan de la atención integral del niño. La educación amplía sus perspectivas hacia ideas como el derecho a saber sobre su enfermedad, a conocer formas de auto ayuda y a la necesidad de asumir responsabilidades.

La coordinación de los niveles asistenciales es, junto con la educación, el otro elemento esencial. En el modelo comunitario, incorporando todas las facetas como la prevención del asma, la evitación de alérgenos y la inflamación como diana de intervención farmacológica.

Es por ello preciso el establecer canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria que permitan conocer las características del asma del paciente (infor-

me diagnóstico del asma, informe de alta de la hospitalización, documentos de interconsulta), así como sería ideal complementar esta comunicación con contactos directos y personales en aquellos casos en los que la complejidad así lo requiera.

Objetivos de la educación

La educación tiene como fin último lograr que el niño y su familia alcancen su calidad de vida diana, es decir, aquella que tendrían si el niño no tuviera asma. Ello supone lograr una mejoría clínica y funcional y vida normal. Todo ello no siempre es plenamente alcanzable (por la severidad del asma en determinados casos, por la situación inicial al entrar en el programa educativo). En dichas situaciones se trataría de aproximarse lo máximo al logro de dichas metas y, por tanto, a la calidad de vida diana del niño y su familia.

La toma de decisiones autónomas es un proceso en el cual la familia, basándose en una información y formación cada vez más completa y acorde a sus necesidades, asume responsabilidades, decide acciones y produce cambios en su seno y en su entorno inmediato, favorables al control del asma del niño. En ese proceso activo el horizonte es lograr el mayor grado de autocontrol por parte de la familia/niño, caminando hacia el mayor nivel de calidad de vida relacionado con su problema de salud. No se trata de dejar a la familia a su libre albedrío, ya que dichas decisiones se toman en el contexto de una estrategia de la que es parte integrante, en la que intervienen activamente profesionales sanitarios y en el que entre todos se regula el grado de decisiones autónomas posible, necesario y más adecuado para el asma del niño y se favorece su entrenamiento en las distintas habilidades y manejo de situaciones. La concordancia, y la alianza terapéutica ya lograda en parte a través de los controles del niño sano, se convierten en auténtica tecnología punta en nuestras manos para alcanzar dichos objetivos.

A través de las revisiones y por medio de los refuerzos educativos, debemos de ayudar a que el paciente y su familia mantenga una autoestima y una capacidad adecuada para poder manejar las distintas situaciones, caminando hacia una mayor capacidad de auto cuidados por el paciente y su familia. Debemos de apoyarnos en planes de acción escritos para el auto-manejo en las distintas situaciones, lo que ha demostrado una reducción de la morbilidad tanto en adultos (A) como en niños (Evidencia B). En este proce-

so de lograr una alianza terapéutica, el abordaje de la consulta centrándola en el paciente, así como la búsqueda de acuerdos y por lo tanto de concordancia con el paciente/familia, adquieren una especial relevancia. Una mejor comunicación, facilita la cumplimentación terapéutica (Evidencia B)

Educación es competencia de todos los profesionales sanitarios que se ocupan de la asistencia al Asma Infantil y Juvenil (pediatras, neumólogos y alergólogos pediátricos, enfermeras y fisioterapeutas), si bien sus principales agentes son el pediatra y la enfermera de pediatría del Centro de Salud, ya que la confianza generada en el seguimiento integral y continuado del niño y su mayor accesibilidad ofrecen más oportunidades para el desarrollo de procesos de aprendizaje acerca de la enfermedad.

La educación debe buscar:

- Incrementar los conocimientos.
- Aumentar las habilidades.
- Aumentar el grado de satisfacción.
- Favorecer la cumplimentación terapéutica y el auto manejo.

La educación básica debe de llevarse a cabo en varias visitas, debemos de dársela a pacientes y/o familias de todas las edades, apoyándonos en las revisiones, las consultas de demanda y reforzando ante toda oportunidad, reconociendo los avances del niño/familia, adaptándonos a las necesidades de cada paciente/familia según su situación clínica y usando un lenguaje adecuado y comprensible por los pacientes o familias.

Aspectos a incluir

Conocimiento del asma. Como prevenir exacerbaciones, medidas de control ambiental. Deporte y asma. Manejo de sistemas de inhalación. Plan de acción escrito. Diferenciar tratamiento de fondo, de las crisis y los diferentes fármacos. Uso del Pico flujo. Reconocimiento de síntomas.

Como realizarla

Entendiéndola como un proceso, aprovechando las oportunidades de las consultas/crisis. Plan estructurado para abordar los diferentes aspectos. Adaptándonos al paciente y su familia, buscando acuerdos. Actuar en conjunto el equipo (enfermera, médico). Escuchando, explicando, practicando y reforzando los mensajes y contenidos. En dicho pro-

ceso debemos de ajustándonos a las necesidades del paciente ir pasando de una información básica común a aspectos más complejos que incluyan un control compartido en busca si así fuera posible el máximo grado de auto control por parte del paciente y de la familia. Con un enfoque preventivo, manejar el asma para prevenir síntomas y reagudizaciones. (Fig. 1).

De todas las formas posibles de educar en asma, las que se han mostrado más eficientes son las basadas en una intervención interactiva con consejos individualizados.

Posiblemente la comunicación verbal acompañada de distintas formas de refuerzo sea la forma más útil, (material de apoyo escrito, cuentos, videos). Podríamos resumir la educación en dar información, enseñar habilidades y cambiar comportamientos. En cualquier caso debemos de explicar o informar, si procede realizar nosotros la técnica y posteriormente comprobar que el paciente es capaz de repetirla y que la ha entendido.

La comunicación, la empatía y en definitiva la alianza terapéutica son esenciales para lograr las metas de la educación.

Educación individual (Fig. 2)

Se basa en la comunicación motivadora y centrada en el paciente/familia, en el asma puede ejercerse desde cualquier edad, siempre que los padres compartan con los profesionales sanitarios el papel de educadores de sus hijos.

Debemos de aprovechar cada visita para incidir en la educación en el asma, según las necesidades basándose en un plan de menos a más, escalonado y progresivo, planificando en consultas programadas las intervenciones más largas y/o el apoyo de enfermería.

El papel de la familia es fundamental en el asma pediátrico especialmente en los más pequeños, debemos de informarles para lograr que compartan el manejo del asma con los profesionales. La motivación y el apoyo para lograr dicha responsabilización y los cambios precisos en los estilos de vida, son necesarios para superar barreras y dificultades.

Educación grupal

La educación dirigida a grupos de niños o adolescentes con asma o a sus padres ha demostrado su eficacia como ayuda y refuerzo a la educación individual (aunque no puede sustituirla), facilitando el logro de objetivos educati-

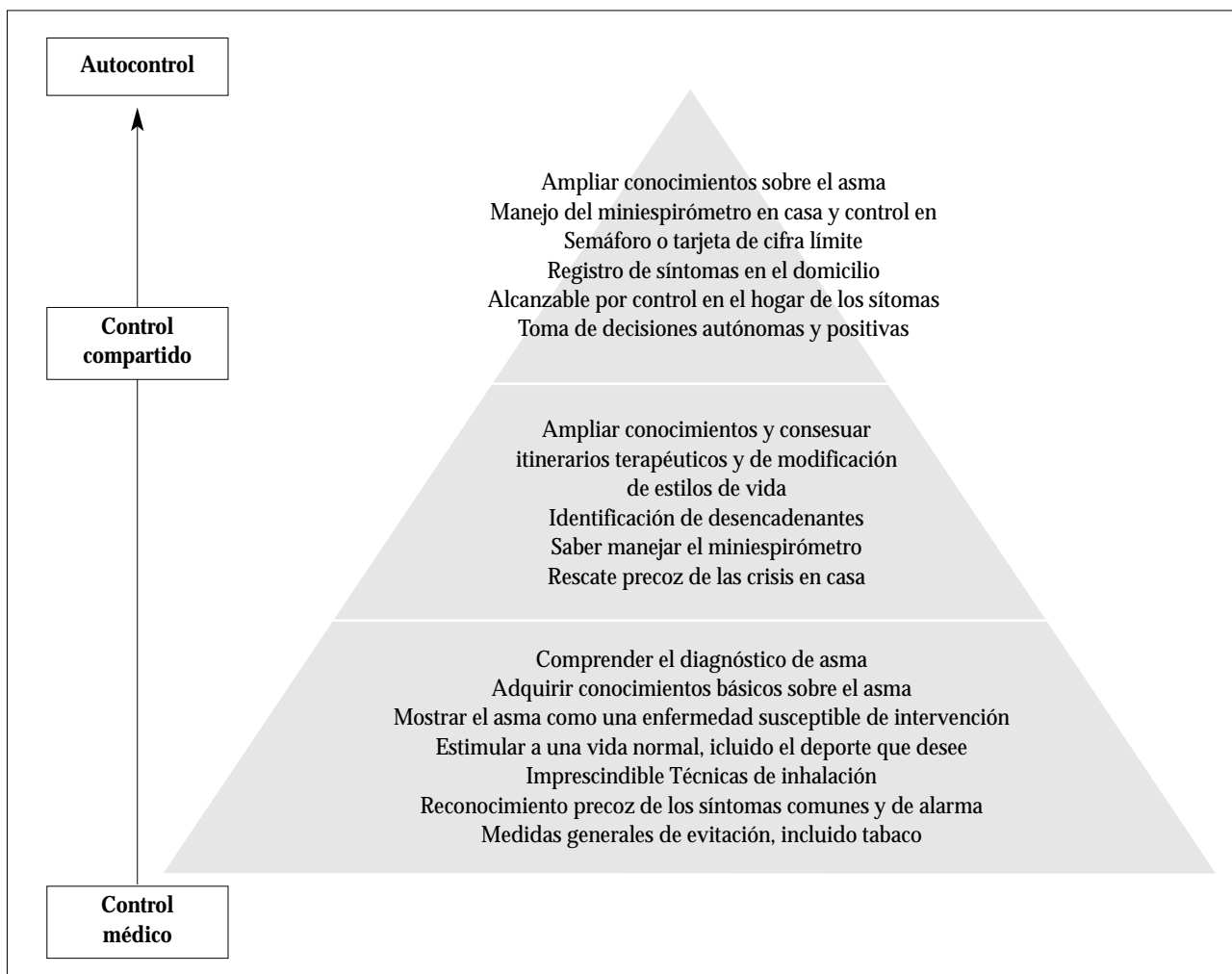


Figura 1. Enfoque escalonado y adaptado de la educación en asma.

vos en los pacientes y en sus padres al crear cauces de diálogo, motivar con las experiencias de los otros o modificar conductas por imitación.

Conocimientos en asma, aspectos básicos a comentar

- Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, hiperreactividad bronquial y obstrucción del flujo aéreo.
- Conocer los síntomas de asma (disnea, pitos, tos y opresión torácica).
- Identificar la crisis (aparición o empeoramiento progresivo o brusco de los síntomas de asma acompañados de signos de dificultad respiratoria que traducen el incremento de la obstrucción al flujo aéreo) y reconocer los síntomas de la agudización grave (disnea intensa, difi-

cultad para hablar y caminar, cianosis y pérdida de conciencia).

- Conocer las características de su asma y posible evolución.
- Identificar factores desencadenantes.
- Correlacionarlas con las medidas de control ambiental (tabaco, ácaros, mascotas, infecciones víricas)

Métodos (Fig. 3)

- Indagar sobre creencias y preocupaciones del niño/familia.
- Usar material didáctico adecuado para explicar los conocimientos, (modelos tridimensionales, dibujos, cuentos). (Foto 1)
- Correlacionar la clínica con los conceptos básicos (obstrucción, inflamación, agudización, descenso del FEM).

Objetivo

Ofrecerle al paciente/familia la información y entrenamiento adecuado para que puedan llevar a cabo el tratamiento y las técnicas que se precisen en el plan terapéutico ajustado al paciente y acordado con el profesional.

Componentes

- Desarrollo de una alianza terapéutica.
- Reconocimiento del proceso como continuado en el tiempo.
- Compartir información.
- Discusión franca de las expectativas.
- Dialogo sobre miedos y preocupaciones

Aspectos a desarrollar

- Diagnóstico.
- Diferencia entre medicación de fondo y de rescate.
- Entrenamiento en técnicas de inhalación.
- Consejos de prevención y factores desencadenantes.
- Reconocimiento de signos/síntomas de empeoramiento y medidas a adoptar en base a un plan de acción.
- Consejos sobre como usar los recursos sanitarios.

Instrumentos

- Pactar Plan de acción de auto cuidados.
- Supervisión , revisiones, refuerzos y reconocimiento.

Figura 2. Educación individualizada y escalonada



Foto 1. Modelo tridimensional, cortesía C. Díaz

- Pactar las medidas de evitación alérgicas aconsejables en cada caso.

Tratamiento farmacológico

La comprensión de los efectos y las características de los medicamentos para el asma facilita el uso adecuado, favorece su aceptación y contribuye a la adhesión al tratamien-

Característica	Comentario	Ej de lo que no se debe de hacer	Ej de lo que se debe de hacer
<i>Individualizada</i>	La educación depende de las características de la enfermedad de cada niño	Entregar una guía sobre todo lo que siempre quiso saber sobre el asma	Trabajar sobre conceptos de asma en relación a la situación del niño
<i>Adaptada</i>	La capacidad intelectual de la familia y la edad del niño determinan la información	Explicar a un niño de 5 años el concepto de inflamación del asma	Mostrar a un niño de 10 años alérgico a las gramíneas un herbario con ballico para que lo reconozca
<i>Coherente</i>	Mensajes adecuados al estado actual de la ciencia	Explicar que los corticoides curarán el asma	Indicar fundas antiácara en el niño sensibilizado a ácaros
<i>Realista</i>	Mensajes adecuados a la realidad del niño	Asegurar que se le curará el asma en la adolescencia	Emitir pronósticos prudentes y adaptados a la respuesta y situación del niño
<i>Clara</i>	Información en lenguaje asequible por niño/familia	Usar jerga científica	Usar material didáctico de apoyo
<i>Gradual y progresiva</i>	Información escalonada y gradual según necesidades del niño/familia.	Abordar todo en una o dos sesiones. La impaciencia es enemiga de la educación	Planes individualizadas y progresivos según necesidades

Adaptado de C.Díaz. Terapeutica en A.P. de salud. Vol 6 N° 9. Nov 1999.

Figura 3. Educación personalizada en Asma

1. *Inhalador convencional (MDI) acoplado a cámara espaciadora.*
 2. Abrir el inhalador, agitarlo suavemente y conectarlo a la cámara
Colocar la boquilla de la cámara en la boca, manteniendo los labios cerrados y bien apretados
 3. Apretar el pulsador una sola vez con la cámara en posición horizontal
 4. Inspirar y espirar muy despacio, el número de veces preciso, observando que la válvula de la cámara se desplace de forma correcta
Repetir los pasos 2 a 4 si precisa una nueva pulsación
- Sistema de polvo seco (Ej. Turbuhaler®)**
1. Desenroscar y quitar la tapa del inhalador, sostener el inhalador en posición vertical, con la rosca giratoria en la parte inferior
 2. Girar la rosca hacia la derecha hasta el tope y luego a la izquierda hasta oír un clic
 3. Espirar, con el inhalador alejado de la boca
 4. Colocar la boquilla en los labios y aspirar fuerte y rápido a su través
 5. Apartar el inhalador de la boca y aguantar el aire en los pulmones el máximo tiempo posible, hasta 10 s
Repetir el procedimiento desde el punto 2 si precisa una nueva dosis

Figura 4. Técnicas de inhalación

to a largo plazo, objetivo fundamental de la educación que se beneficia de la exploración de las creencias y expectativas de los padres y los niños al respecto.

Conocimientos

- Diferenciar los efectos del tratamiento de fondo del de rescate y explicar su uso a largo plazo para el de fondo y en caso de crisis y/o según se pauten para el de rescate.
- Compartir de forma comprensible los efectos secundarios y la forma de minimizarlos.
- Pautar tratamiento acordado por escrito, acordar si se precisa un registro de su empleo.
- Negociar plan de acción en crisis y según proceda el uso del FEM.
- Sugerir tácticas que favorezcan la adherencia y cumplimiento.

Manejo de inhaladores (Figs. 4, 5 y 6)

La vía inhalatoria es de elección para la mayor parte de los fármacos empleados en el tratamiento del asma, por

Edad en años	Dispositivo
0-3 a.	MDI cámara espaciadora+mascarilla Aerochamber,Babyhaler,Nebuchamber
4-6 a	MDI cámara + boquilla o mascarilla Nebuhaler, Volumatic, Aeroscopic, Inhalventus, Fisonair
>6 a.	MDI con cámara y boquilla DPI.- Accuhaler, diskhaler, spinhaler, Turbohaler,Autohaler,Easi-breathe

Figura 5. Dispositivos de inhalación

Cámara	Vol _{exp}	Máscara	Válvula	Compatibilidad
Aerochamber	144	Si	Uni,baja resistencia	Universal (3 mod)
Nebuchamber	250	Si, Metálica	Uni,baja resistencia	Astra-Zeneca
Babyhaler	350	Si	2 Uni,baja R	Glaxo
Aeroscopic	700	Si	Unidirec.	Universal
Inhalventus	750	No	Unidirec.	Astra-Zeneca
Nebuhaler	750	No	Unidirec.	Astra-Zeneca
Volumatic	750	No	Unidirec.	Glaxo
Fisonair	750	No	Goma	Universal

Figura 6.

lo que resulta imprescindible que los niños y adolescentes manejen su inhalador con una técnica correcta.

Conocimientos y medios

- Informar sobre los distintos sistemas de inhalación y pactar el más adecuado para cada edad de forma consensuada, usaremos material gráfico y sistemas con placebo.
- Informar y practicar sobre el uso del dispositivo inhalatorio acordado, demostrándolo el monitor y repitiéndolo el niño/familia.
- Explicar la importancia de una técnica adecuada para lograr el efecto terapéutico.
- Enseñar el manejo completo, dosis de reserva, limpieza, conservación.

1. El sanitario explica y realiza la técnica
 2. Los padres y el niño repiten lo expuesto
 3. Se felicita y elogia y, si es preciso, se corrigen mediante demostración errores detectados
 4. Los padres y el niño hacen de nuevo la técnica
- Se repiten los pasos 3 y 4 hasta comprobar una técnica correcta*

Figura 7. Técnica de enseñanza

- Recomendar traer los inhaladores a las visitas programadas para comprobar de forma periódica la técnica de inhalación.

Autocontrol del asma (Fig. 8)

El autocontrol del asma por la familia/niño es un método organizado de toma de decisiones relacionadas con el manejo de la enfermedad, basado en la comprensión de la situación clínica y la aplicación de conocimientos y técnicas previamente aprendidas en el cuidado del asma. La adopción de conductas de autocontrol es un objetivo adecuado para la mayor parte de las familias ya que permite al niño mayor o al adolescente y/o a sus padres cierto grado de autonomía en relación con el proceso, acrecentar la autoconfianza de que la enfermedad es controlable (en colaboración con su pediatra y enfermera) y experimentar sensaciones de seguridad y de autoeficacia que benefician a su calidad de vida.

Conocimientos y medios

- Informaremos de los signos/síntomas de agudización y/o de deterioro del control.
- Acordar un Plan de acción por escrito que incluya las actuaciones a realizar ante la existencia de un deterioro clínico/funcional, basado en síntomas y si procede en el FEM.
- Individualizar el uso de los fármacos (broncodilatadores, corticoides orales) y las actuaciones a seguir incluyendo la búsqueda de ayuda.
- Pactar el uso del medidor de PF, demostrarlo y comprobar la técnica del niño.
- Adiestrar en el uso de sistemas de registro de síntomas y FEM.
- Progresivamente incorporar medidas de cambio según evolución clínica/funcional, especialmente en los cambios de medicación, deterioro clínico.

1. Colocarse de pie
2. Sujetar el aparato con suavidad, en sentido horizontal, cuidando con los dedos no interrumpir el carril de la aguja
3. Situar la aguja del medidor en el punto 0
4. Inspirar profundamente con la boca abierta
5. Colocar la boquilla en la boca, manteniendo los labios bien cerrados y procurando que ni los dientes ni los labios obstruyan parte de la boquilla.
6. Soplar tan fuerte y rápido como sea posible, mirar el resultado

Repetir tres veces la maniobra y dar como válida la mejor cifra obtenida de las 3. Anotar ese valor, comprobar la reproductibilidad entre los resultados.

Figura 8. Técnica del miniespiómetro

- Felicitar y elogiar al niño por los avances conseguidos, comentar dudas, creencias.

Bases para el desarrollo de un Plan de auto control en asma (Fig. 8)

- Educar al paciente para que use de forma combinada medidas objetivas de la severidad de su asma (FEM), si el niño ya colabora, con una valoración adecuada de los síntomas.
- Enseñar al niño/familia, que medicación se puede usar a demanda, incluyendo a los beta2 agonistas y a los corticoides sistémicos en crisis y cuál de fondo anti-inflamatorios etc.
- El auto control debe de incluir y estar integrado con planes de acción escritos ya para el manejo del tratamiento de fondo o para las crisis.

Calidad de vida

Educación acerca de la calidad de vida ayuda a la familia a tomar conciencia de los efectos funcionales y las limitaciones que impone el asma y a enfrentarlos a través de la adhesión al programa de intervención sobre la enfermedad. Los sanitarios percibimos desde esta perspectiva el impacto de la enfermedad para el niño y su familia, con ello podremos:

- Lograr una mejor aceptación del diagnóstico de asma, reducir ansiedad y sobreprotección.
- Reducir el impacto del asma sobre la actividad diaria, en especial en relación con:

El colegio (asistencia regular y rendimiento escolar).
El ejercicio físico y la práctica de deporte.

Ejercicio físico y deporte

Estimular la práctica deportiva en el niño.

Orientarle hacia los deportes que inducen menos asma de esfuerzo, pero respetando las preferencias del niño.

Enseñarle estrategias para prevenir el asma inducido por el ejercicio físico (calentamiento previo, fase refractaria, situaciones más asmogénicas, negociar uso de medicación si es preciso).

Cumplimentación terapéutica

Entendemos la no cumplimentación terapéutica como el fracaso en llevar a cabo el acuerdo terapéutico entre el paciente y el médico.

Al enfrentarnos a un problema crónico, debemos de ser conscientes de que sin duda nos vamos a enfrentar a una alta tasa de incumplimiento terapéutico en todas sus áreas, en algunos estudios está llega a ser en niños del 50%, es por ello fundamental que asumamos dicha situación y la abordemos como un hecho, facilitando la comunicación por parte del paciente, empatizando con su situación para reconociendo la dificultad para mantener un tratamiento continuado, conseguir desde un nivel clínico aproximarnos a la realidad del paciente, por ello debemos de intentar no juzgar y realizar preguntas indirectas (¿tiene alguna forma de recordar a diario el tratamiento? en vez de ¿Seguro que le ha dado el tratamiento de forma adecuada?), que eviten que el paciente/familia se pongan a la defensiva.

La cumplimentación mejora:

- Si el paciente/familia acepta el diagnóstico del asma.
- Si el paciente/familia considera que el asma puede ser un problema peligroso.
- Si el paciente/familia cree que la suya es una situación de riesgo.
- Si el paciente/familia considera que el tratamiento es seguro.
- Si se encuentra con buen control de la enfermedad.
- Si existe una buena comunicación con el personal sanitario.

La importancia de una buena comunicación para mejorar la cumplimentación (Evidencia B), no debemos de subestimarla, siendo para ello útiles las técnicas de entrevista clí-

nica, entrevista centrada en el paciente y técnicas motivacionales.

La búsqueda de la concordancia, debe de aplicarse no sólo a la cumplimentación terapéutica si no también al conjunto de las modificaciones en el estilo de vida y las decisiones que la familia precisa tomar en relación con el asma. La concordancia implica que los profesionales, defendiendo los conocimientos basados en el estado actual de la ciencia, aceptan el derecho de las familias a tener puntos de vista propios sobre la salud y la enfermedad, los exploran e intervienen educativamente sobre ellos para reconducirlos en sentido correcto. La concordancia es una estrategia que implica en ocasiones aceptar de forma temporal (mientras avanza el proceso educativo) actitudes o tratamientos subóptimos que eviten el establecimiento de una relación entre la familia y los profesionales sanitarios basada en la falta de confianza así como el bloqueo de la posibilidad de recuperar la terapia adecuada. Para que la concordancia sea posible es necesario explorar en cada familia las creencias sobre el asma, en especial en relación con su carácter crónico y su pronóstico, la posibilidad de mantener su control, o el miedo a los efectos adversos del tratamiento.

El manejo de las distintas guías internacionales, adaptándolas a nuestra realidad y su divulgación debe de incorporarse en la práctica diaria de los pediatras de A.P.

Es nuestro deber también sensibilizar a las administraciones públicas para que nos doten de los medios adecuados para un correcto control de nuestros pacientes y que fomenten la implementación de programas de actuación en asma, lo que favorecerá el incremento de la calidad ofertada y de la satisfacción de los profesionales al serles reconocido su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- National Institutes for Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes Of Health. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI /WHO Workshop report. 2002. Bethesda, MD, U.S. NHLBI. Publication Number 02-3659, 2002. Disponible en:
 - <http://www.ginasthma.com/workshop.pdf>. Acceso 15 Mar 2003.
- Carvajal Urueña I, García Merino A., García Muñoz M^aT., Díaz Vázquez C., Domínguez Aurrecochea B. Plan regional de atención al niño y adolescente con Asma. Consejería de Salud y Servicios sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias 2001. <http://www.accesible.org/prana/prana2002.pdf>

- National asthma education and prevention program 2002. <http://www.nhlbi.nih.gov/about/naepp/index.htm>
- <http://www.respirar.org/index.htm>
- Díaz Vázquez CA. Educación sanitaria a padres y niños con asma. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1999; 6: 611-23.
- Muhlhauser I, Richter B, Kraut D, Weske G, Worth H, Berger M. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on asthma. *J Intern Med* 1991;230:157-64.
- Taggart VS, Zuckerman AE, Sly RM, Steinmueller C, Newman G, O'Brien RW, et al. You Can Control Asthma: evaluation of an asthma education program for hospitalized inner-city children. *Patient Educ Couns* 1991;17:35-47.
- Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención primaria de Asturias. Prevalencia de asma diagnosticada en la población infantil en Asturias. *An Esp Ped* 1999;51 (5):479-484.
- Morel Bernabé JJ, Cuervo Valdés JJ. Grupo de trabajo de asma y respiratorio de la spapex. Estudio de la situación del asma pediátrico en Extremadura, prevalencia del asma diagnosticada en Extremadura. <http://www.spapex.org>
- Sacristán A, González A, De Diego MA. El asmático adolescente en Atención primaria. *Rev Ped Atención primaria* 1999;1 (4): 545-552.
- Otero MT, Martín L, Domínguez L y cols. Epidemiología del asma bronquial en la población escolar de Galicia. *Arch Bronconeumol* 1989; 25 (supl 1):1-2.
- The Internacional Study of Asthma and Allergies in cildhood (ISAAC) Steering Comité. Worldwide variation in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eccezema. *Lancet* 1998; 351: 1225-1232.
- Cano A, Diaz C, Montón et cols. Grupo de vías respiratorias de la AEPap. Asma en el niño y adolescente. Exlibris Ed 2001.
- Blessing Moore J. Does asthma education chage behaviour? To know is not to do. *Chest* 1996; 109:9-11.
- Kolbe J Asthma education, action plans, psychosocial sigues and adherente. *Can Respir J* 1999; 6 (3): 273-280.