



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**

**DIMENSIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA  
RESPIRATORIA.**

**TÍTULO:  
INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD CON ASMA BRONQUIAL.**

**AUTOR:  
DIANA CAROLINA TACLE VERA**

**TUTOR:  
DRA. CRISTINA VICTORIA HERNANDEZ ROCA**

**BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR  
PERIODO 2021**

## INDICE

### Contenido

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	II
<b>TITULO DE CASO CLÍNICO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. MARCO TEORICO</b> .....	2
<b>1.1. JUSTIFICACIÓN</b> .....	10
<b>1.2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>1.3. DATOS GENERALES</b> .....	12
<b>2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO</b> .....	13
<b>2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.</b> .....	14
<b>2.3. EXAMEN FÍSICO</b> .....	14
<b>2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS</b> .....	15
<b>2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL</b> .....	16
<b>2.6. CONDUCTAS A SEGUIR</b> .....	16
<b>2.7.-INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.</b> .....	16
<b>2.8 SEGUIMIENTO</b> .....	17
<b>2.9 OBSERVACIONES</b> .....	17

<b>3. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>20</b>

## **DEDICATORIA**

Para mi familia que son mi pilar fundamental y quienes siempre creyeron en mi capacidad para alcanzar mis metas y sobre todo por todo su amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo este tiempo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios que me dio la vida y quien me permitió llegar hasta este momento de mi formación profesional.

A mis padres por todo su apoyo incondicional y sacrificio que me ayudaron para llegar hasta esta etapa de mi vida universitaria.

A mi tutora la Doctora Cristina Hernández Roca por ser parte de este proceso y ayudarme en mi caso clínico

**TITULO DE CASO CLÍNICO**  
**INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE**  
**MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD CON ASMA BRONQUIAL.**

## **RESUMEN**

El Asma Bronquial es una patología de evolución crónica que produce inflamación y estrechamientos en las vías respiratorias, esta se caracteriza por la obstrucción de carácter variable y reversible al flujo aéreo, ocasionando signos de opresión en el pecho, presencia de sibilancias mediante auscultación, disnea y tos sin expectoración.

El objetivo general de este análisis clínico fue determinar un tratamiento adecuado por parte del terapeuta respiratorio para la patología que presenta el paciente pediátrico masculino, y a la vez garantizar una evolución favorable.

**Palabras claves:** Asma Bronquial, Obstrucción, Tratamiento.

## **ABSTRACT**

Bronchial Asthma is a pathology of chronic evolution that produces inflammation and narrowing of the airways, characterized by variable and reversible airflow obstruction, causing signs of chest tightness, presence of wheezing on auscultation, dyspnea and cough without expectoration.

The general objective of this clinical analysis was to determine an adequate treatment by the respiratory therapist for the pathology presented by the pediatric male patient, and at the same time to guarantee a favorable evolution.

**Keywords:** Bronchial Asthma, Obstruction, Treatment.

## INTRODUCCIÒN

El análisis de esta situación clínica se fundamenta en el cuidado y procedimientos terapéuticos empleados en un paciente pediátrico masculino de 7 años de edad diagnosticado con ASMA BRONQUIAL.

Es caracterizada esta enfermedad por la inflamación de las vías aéreas de manera específica los bronquios, esta misma provoca una dilatación de su pared bronquial lo que ocasiona como principal síntoma la dificultad al respirar.

Según la etiología se puede deducir que la exposición a agentes inhalables, como los alérgenos son los principales desencadenantes de esta patología, entre ellos encontramos ácaros del polvo, pólenes, caspas de animales, elementos del aire como el humo del tabaco.

Desde hace mucho tiempo según estudios realizados ha sido registrada esta como la patología crónica más frecuente presente en la primera etapa de la vida, con una prevalencia variable entre 5 a 10 %, y con un porcentaje de mortalidad entre un 0,5 a 1 % en la población de pacientes asmáticos estudiados.

## 1. MARCO TEORICO

### DEFINICION

El asma es una patología respiratoria, caracterizada por la presencia de un absceso crónico de las vías aéreas de manera específica en los bronquios, esta causa episodios frecuentes de disnea, mediante la auscultación se presencia sibilancias, tos y a la vez la sensación de opresión en el pecho. El asma bronquial se identifica por una obstrucción reversible y eventual de la vía aérea que, si no se trata de manera adecuada e inmediata, puede llevar a una obstrucción persistente. (OCAÑA, 2020)

Los bronquios son tubos con paredes musculares, estos se revisten de células que posee unas estructuras microscópicas llamadas receptores, que perciben la existencia de sustancias concretas y estimulan los músculos subyacentes a contraerse o relajarse, alterando de cierta forma el flujo de aire.

Hay varios tipos de receptores, sin embargo, en esta patología hay 2 tipos que son primordialmente relevantes: Los receptores beta-adrenérgicos que se manifiestan ante compuestos químicos como la epinefrina, relajan los músculos y dilatan las vías respiratorias, incrementando el flujo de aire.

Los receptores colinérgicos se manifiestan a un producto químico nombrado acetilcolina y permite que los músculos se contraigan provocando una disminución del flujo del aire. (Ortega & Genese)

## **CLASIFICACIÓN**

Desde el punto de vista médico, esta enfermedad se clasifica en intermitente, crónica o persistente.

El asma intermitente se manifiesta con episodios de disnea, sibilancias de intensidad variable, períodos asintomáticos intercalados, estos síntomas se presencian con mayor relevancia en pacientes infantes. Los episodios pueden presentarse por causas alérgicas o no alérgicas entre ellas el ejercicio, exposición a tóxicos ambientales, e infecciones víricas son las principales. Sin embargo, existe presencia de crisis asmáticas ante presencia de épocas como primavera y verano luego el paciente permanece asintomático.

La intensidad de las crisis es variable, estas pueden ser leves manifestando síntomas como opresiones torácicas de poca duración o presentarse en forma de ataques de gran relevancia, en estos casos el paciente experimenta sensación de dificultad respiratoria, sobre todo durante la inspiración.

Mientras que en casos de asma persistente o crónica se presenta síntomas como tos, sibilancias y sensación de oscilación disneica variable en su intensidad, presentándose con mayor relevancia en las noches. La

administración de broncodilatadores es obligada en estos pacientes, principalmente en pacientes que presentan agudizaciones graves de su patología. Muchos pacientes relacionan el inicio de su patología con un episodio catarral de presunto origen vírico. Mientras que la alergia como causa desencadenante es detectada en pocos casos de pacientes en comparación con la magnitud del asma intermitente. (LOZANO, 2001)

## **CLINICA**

En esta patología los síntomas se presentan con la manifestación de obstrucción variable en la vía aérea inferior. En algunos casos los síntomas serán muy leves o no se presentarán durante los periodos de estabilidad de la enfermedad; mientras en casos en los que la obstrucción se hace sintomática, se observarán signos relevantes como el aumento del esfuerzo al momento de intentar una buena ventilación pulmonar, la taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, y el empleo de músculos accesorios, que producen la visión de tiraje subcostal, intercostal y supraesternal, y de oscilación abdominal en pacientes pediátricos con asma de carácter intenso; los paciente entre 7 a 10 años pueden manifestar síntomas como disnea, opresión torácica o dolor.

La respiración se hace ruidosa, de fácil auscultación, el sonido más relevante de la enfermedad son las sibilancias, aunque también pueden presentarse roncus y crepitantes. La tos es el signo más frecuente y precoz, caracterizada por ser seca, y presentarse con mayor relevancia por las noches.

Se conoce que la manera habitual de comportarse el asma en los pacientes pediátricos preescolares son episodios repetidos de esta enfermedad, con la ausencia o presencia escasa de síntomas entre ellos, mientras que en el niño mayor la sintomatología que se presenta entre las crisis es relevante, marcando la gravedad de la patología y a la vez el nivel de control obtenido con el tratamiento administrado. (Luis Moral Gil)

## **DIAGNOSTICO**

En pacientes pediátricos menores a 6 años con asma, el diagnóstico se fundamenta en realizar un adecuado estudio de síntomas y signos que estos presentan; facilitando de cierta manera un diagnóstico diferencial a la patología, siendo innecesario la ejecución de exploraciones complementarias.

Se conoce que al menos un 50% de pacientes con asma muestran sintomatología durante los primeros años de vida. La atopia materna es la asociación más fuerte, siendo el principal factor de riesgo para la presencia de asma durante la infancia y de sibilancias recurrentes que persisten durante esta primera etapa de su vida.

Una gran cantidad de pacientes pediátricos menores a los 5 años pueden presentar episodios de sibilantes recurrentes, habitualmente estos están asociados a una infección en el tracto respiratorio superior, con la presencia de al menos 6 a 8 veces por año.

Mientras que, en el niño mayor a 6 años, las exploraciones diagnósticas de función pulmonar son las más recomendadas, estas se caracterizan por ser las mismas que se emplean para el estudio de asma en el paciente adulto. (S. García de la Rubia, 2016)

## **EXAMENES DE LABORATORIO Y COMPLEMENTARIOS**

Las pruebas diagnósticas de mayor utilidad empleadas a esta patología son:

El recuento de eosinófilos, radiografías de tórax, toma de espirometría forzada, la medición del flujo espiratorio máximo, pruebas alérgicas cutáneas y por ultima, pero no menos importante la broncoconstricción inducida por el ejercicio.

A través del examen de laboratorio se toma en cuenta el recuento elevado de eosinófilos en sangre y esputo estos nos pueden orientar de cierta manera a un diagnóstico definitivo de asma, asociado a un valor alto de IgE. Mientras que la realización de una radiografía de tórax ayuda a descartar otras patologías y evaluar la gravedad, en estos pacientes es normal el hallazgo de hiperinsuflación pulmonar al igual que horizontalización de las costillas e incluso el aumento de la distancia entre ellas, presencia de descenso de diafragma y trama bronquial aumentado.

A través de la espirometría, se puede evaluar volúmenes y capacidades pulmonares. Teniendo mayor relevancia en esta patología el volumen corriente,

seguido del volumen de reserva inspiratoria, el volumen de reserva espiratoria, la capacidad vital y la capacidad inspiratoria. Para evaluar las vías respiratorias pequeñas se toma en cuenta la medición del flujo espiratorio máximo.

Otra de la valoración necesaria en esta patología son pruebas cutáneas que nos facilita de cierta manera conocer la sensibilidad a alérgenos, esta se ejecuta colocando pequeñas cantidades de antígenos en solución en la piel luego de una raspadura, o punción transdérmica.

Mientras que la broncoconstricción inducida por el ejercicio se puede utilizar en pacientes donde la actividad física esforzada induce la presencia de síntomas característicos. La prueba se basa en que el paciente corre por 8 minutos y se valora su alteración en síntomas por minuto. (Matute)

## **VALORACION DE GRAVEDAD EN PEDIATRIA**

Según (Pilar Villalobos Arévalo) , aunque ninguna escala clínica está bien validada para la valoración en pacientes pediátricos, la escala Pulmonary Score es de fácil aplicación y la más recomendada a todas las edades.

Pulmonary Score valoración clínica del episodio				
Puntuación	Frec. Respiratoria		Sibilancias	Uso de ECM
	<6 a	>6a		
0	<30	<20	no	no
1	31-45	21-35	Final espiración	Aumento leve
2	45-60	36-50	Toda la espiración	aumentado
3	<60	<50	Inspiración y espiración	Activid. máxima

Se valora la saturación de oxígeno con pulsioximetría.

Se determina de 0 a 3 en cada una de los apartados con un mínimo 0 a un máximo de 9. En abandono de sibilancias si la actividad del ECM es máxima puntuar con 3.

Valoración global de la gravedad integrando P. Score y saturación de oxígeno		
P.S		SaO <sub>2</sub>
Leve	0-3	>94%
Moderada	4-6	91-94%
Grave	7-9	<91%

## TRATAMIENTO

### Estabilización Inicial.

El primer eslabón en el tratamiento es la administración de Oxígeno que tiene el objetivo de alcanzar una SatO<sub>2</sub> igual o mayor al 95%. Los fármacos beta<sub>2</sub> agonista de acción corta, administrado para nebulización es 150 mcg Kg la dosis adecuada cada 20 minutos hasta 3 dosis o administrado en inhalador de dosis medida, 2 inhalaciones cada 20 minutos por una hora.

Los Esteroides sistémicos recomendados son la hidrocortisona con dosis de 5 mg-Kg o Prednisona de 1-2 mg-Kg por día, en casos que no exista respuesta inmediata al  $\beta$  agonista. Es necesario monitorizar la evolución de signos vitales.

### **Tratamiento a Largo Plazo**

Administración de Esteroides inhalados, esteroides por V. Oral, Antileucotrienos,  $\beta$ 2 agonistas de Acción Prolongada, Teofilinas de Acción Prolongada, administración de Inmunoterapia específica. (GUIA CLINICA)

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

En este estudio de análisis clínico, el objetivo principal fue determinar un adecuado procedimiento terapéutico en un paciente pediátrico diagnosticado con ASMA BRONQUIAL.

Según investigaciones de la OMS se considera que los principales factores de riesgo son las sustancias y partículas inhaladas las mismas que pueden inducir reacciones alérgicas o irritación de las vías respiratorias. En Ecuador según cifras del INEC se ha registrado 4 200 casos de esta patología.

En el caso de esta patología es importante establecer un tratamiento y cuidado adecuado e inmediato por parte de un terapeuta respiratorio principalmente en pacientes pediátricos con presencia de exacerbaciones con el objetivo de una pronta recuperación y a la vez evitar complicaciones e incluso muerte en ellos.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar el procedimiento terapéutico más adecuado para el Asma Bronquial que presenta el paciente pediátrico masculino.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Valorar el estado de gravedad de la crisis asmática que presenta el paciente.
- Identificar los principales criterios clínicos del paciente que desencadenó la patología.
- Establecer un tratamiento correcto para tratar la patología principal que presenta el paciente.

### **1.3. DATOS GENERALES**

**Identificación del Paciente:** N/N

**Edad:** 7 años    **Categoría:** Pediátrico

**Sexo:** masculino

**Grupo Sanguíneo:** O+

**Peso:** 32 kg

**Ocupación:** Estudiante (Primaria en curso)

**Nivel Socioeconómico:** Medio

## **2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

#### **Análisis y motivo de consulta**

Paciente masculino pediátrico de 7 años de edad, presenta al momento de ingreso a la casa de salud, un cuadro clínico de dificultad respiratoria, tos seca y mediante auscultación presenta hallazgos de sibilancias.

#### **Historial Clínico.**

##### **Antecedentes patológicos personales:**

Diagnóstico de asma a los 4 años de edad con motivo de hospitalización.

Presencia de fluido nasal tras exposición a polvo y olores fuertes.

##### **Antecedentes patológicos Familiares:**

Abuela paterna y padre refiere alergias.

Madre refiere hipertensión.

##### **Antecedentes patológicos quirúrgicos:**

No refiere

##### **Vacunación:**

Esquema de vacunación completa

## **Condiciones Socioeconómicas**

Se refiere a que la familia está conformada por 5 integrantes (madre, padre, 2 hijos y abuela paterna), vivienda con planta alta de bloque con piso de madera, con todos los servicios básicos. Padre refiere trabajar en un aserrío que se encuentra en la planta baja de la vivienda.

## **2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.**

### **Anamnesis.**

Paciente pediátrico masculino de 7 años de edad acude al centro de salud acompañado de su progenitor, por presentar un cuadro clínico de dificultad respiratoria a mínimo esfuerzos y tos seca hace 2 días, al momento de la consulta refiere tener malestar general, pero no haber presentado fiebre. Padre refiere que su hijo tiene antecedente de asma desde los 4 años de edad, que fue motivo de hospitalización, por tal razón este posee un tratamiento que fue administrado por la progenitora unas horas antes de acudir al centro de salud. Por el cuadro clínico que refiere el paciente se lleva a cabo una exploración física inmediata.

## **2.3. EXAMEN FÍSICO**

El paciente se encuentra consciente, no irritable, despierto, hidratado, afebril.

Entre los signos vitales se encuentra:

**FR:** 38 rpm (taquipneico)

**SatO<sub>2</sub>:** 92%

**ECM:** aumentado

**TEMPERATURA:** 35°C

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

**Corazón:** no se auscultan alteraciones (normal)

**Pulmones:** mediante la auscultación se identifica sibilancias en la espiración estas van de vértice a base en ambos campos pulmonares

**Extremidades:** presencia de pulsos y reflejos normales, no muestran edemas.

## 2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

**BIOMETRÍA HEMÁTICA:** se evidencian valores

HEMOGRAMA	
Eritrocitos	<b>5.0 millones/mm<sup>3</sup></b>
Hemoglobina	<b>12.3 g/Dl</b>
Hemograma(completo)	<b>38%</b>
Glóbulos Blancos	<b>13.45 cel/mm<sup>3</sup></b>
Neutrófilos (%)	<b>54%</b>
Linfocitos (%)	<b>38%</b>
Monocitos (%)	<b>8%</b>
Eosinófilos (%)	<b>15%</b>
IgE	<b>260 UI ml</b>

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

**RX DE TORAX:** se requirió (posteroanterior y lateral) donde se encontró hallazgos de radio-lucidez en ambos campos pulmonares e hiperinflación, y aumento del diámetro anteroposterior del tórax.

**ESCALA PULMONARY SCORE:** se analizó los 3 parámetros principales FR; presencia de sibilancias, y uso de músculos esternocleidomastoideos

obteniendo un puntaje final de 5, clasificando la crisis actual que presenta el paciente con una severidad moderada.

## **2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL**

**Diagnóstico presuntivo:** según el cuadro clínico que presentaba el paciente al ingreso al centro de salud se sospechó de rinitis alérgica.

**Diagnóstico definitivo:** luego de la anamnesis y de haber obtenido referencia de existir un diagnóstico de asma bronquial desde hace 3 años y a la vez los resultados de la exploración física realizada se llegó a la conclusión de (CRISIS ASMÁTICA)

## **2.6. CONDUCTAS A SEGUIR**

Este estudio de análisis clínico se basa en el ingreso al centro de salud de un paciente pediátrico de sexo masculino de 7 años de edad acompañado de su progenitor, por presentar criterios respiratorios y haber obtenido un diagnóstico definitivo causa principal de su ingreso se recomendó el inicio inmediato de los siguientes procedimientos terapéuticos:

### **Nebulizaciones**

Se administró nebulización con 15 gotas de salbutamol y 10 gotas de bromuro de ipratropio en 3 cc de solución salina, con 6 litros de oxígeno (cada 2 horas) con el debido cuidado y valoración de signos vitales.

## **2.7.-INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Se analizó los exámenes complementarios, encontrando hallazgos de un rango anormal de eosinófilos en la biometría hemática que se realizó, además de

hallazgos radiológicos característicos de la patología que se la definió como diagnóstico definitivo.

Se pudo determinar a la nebulización como el procedimiento más adecuado para el paciente, esta se la recomendó administrar con salbutamol, asociado con bromuro de ipratropio.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

Se solucionó la crisis asmática que presentaba el paciente luego de la administración del tratamiento empleado, por lo cual se le da el alta médica en el mismo día de ingreso recomendando la administración de fluticasona a dosis bajas como glucocorticoide inhalado para un adecuado control de la enfermedad de base.

## **2.9 OBSERVACIONES**

Luego de evolución favorable que se obtuvo del cuadro clínico que presentaba el paciente, que fue causa principal y única de ingreso, se estableció su alta hospitalaria, sin embargo, antes del egreso fue necesario por parte del terapeuta respiratorio establecer un conversatorio con sus progenitores con la finalidad de evitar que el paciente tenga contacto a factores ambientales desencadenantes a crisis asmática y a la vez de un control mensual a su patología de base.

### **3. CONCLUSIÓN**

El asma bronquial es una de las enfermedades base en pacientes pediátricos, siendo los factores ambientales los principales desencadenantes de esta patología.

Pulmonary score es una de las escalas de valoración médica y respiratoria más adecuada a esta patología y a la vez al rango de edad que se refería este estudio de análisis clínico.

Una vez comprobado que se trata de una crisis o exacerbación asmática es importante por parte del terapeuta respiratorio aplicar una estrategia terapéutica adecuada y rápida, y a la vez el control de su evolución con la toma de sus signos vitales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ASMA. (s.f.). Obtenido de GUIAS CLINICAS:

<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GAlergias.pdf>

LOZANO, J. A. (Noviembre de 2001). Asma Bronquial. *OFFARM*, 20(10). Obtenido de

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-asma-bronquial-13021229>

Luis Moral Gil, Ó. A. (s.f.). *ASMA: Aspectos clínicos y diagnósticos*. Obtenido de

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07\\_asma\\_clinica\\_diagnostico.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_asma_clinica_diagnostico.pdf)

Matute, W. I. (s.f.). Generalidades del Asma.Bronquial. Obtenido de

<http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMVol5-1-2008-10.pdf>

OCAÑA, D. A. (2020). *CLINICA UNIVERSIDAD NAVARRA*. Obtenido de

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/asma-bronquial>

Ortega, V. E., & Genese, F. (s.f.). *MANUAL MSD* . Obtenido de

<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/asma/asma>

Pilar Villalobos Arévalo, J. A. (2019). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL ASMA INFANTIL EN*

*ATENCIÓN*. (S. E. Pediatría, Ed.) Obtenido de <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA-PEDIATRIA-2019.pdf>

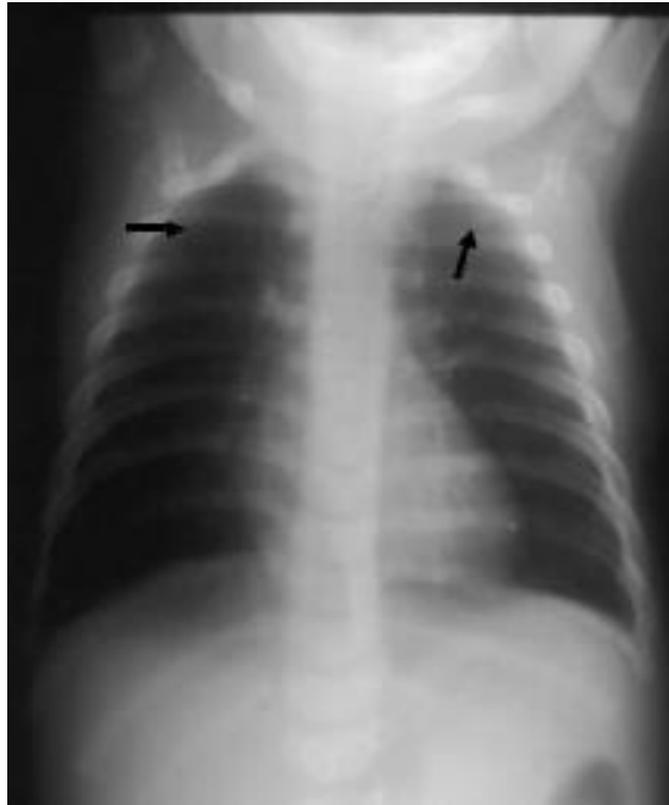
S. García de la Rubia, S. P. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación.

*Pediatría*

*integral, XX.*

Obtenido

de



[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093\\_ServandoGarcia.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf)

## ANEXOS



## Document Information

---

Analyzed document	CASO CLINICO DIANA TACLE.docx (D130848212)
Submitted	2022-03-19T00:58:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	dtacle300@fcs.utb.edu.ec
Similarity	8%
Analysis address	chernandezr.utb@analysis.orkund.com

## Sources included in the report

---

<b>SA</b>	<b>Ensayo-Renier Rodriguez Garcia.docx</b> Document Ensayo-Renier Rodriguez Garcia.docx (D29656672)	 1
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / LEIDY ESCOBAR CASO CLINICO.docx</b> Document LEIDY ESCOBAR CASO CLINICO.docx (D112647370) Submitted by: chidalgo@utb.edu.ec Receiver: chidalgo.utb@analysis.orkund.com	 6
<b>SA</b>	<b>CASO CLINICO ESTRELLA MARTINEZ VEGA.docx</b> Document CASO CLINICO ESTRELLA MARTINEZ VEGA.docx (D110346224)	 1

