



## **Trabajo Original**

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

### **Morbilidad pediátrica atendida por Impétigo Contagioso.**

#### **Paediatric morbidity cared for contagious impetigo. Â“JosÃ© MartÃ­ Provincial Teaching Hospital.**

**Dra. Yaima Thaimí Fernández Quiñones<sup>1</sup>, Dra. Patricia Romero González<sup>1</sup>, Dra. Helen Díaz González<sup>2</sup>, Dr. Gustavo Díaz Pacheco<sup>3</sup>**

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Dermatología <sup>1</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Dermatología y Administración de Salud <sup>2</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Higiene y Epidemiología <sup>3</sup>

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para caracterizar la morbilidad del Impétigo Contagioso en Consulta Externa en el HPPD José Martí de Sancti Spíritus, en el período comprendido entre Mayo de 2004 y Abril de 2005, a partir de una muestra de 150 pacientes, la información se obtuvo con un formulario confeccionado al respecto, que incluyó: edad, sexo, color de la piel, antecedentes patológicos personales, características de la vivienda, higiene personal de la madre, tipo de institución educacional a la que asistía y época del año en que ocurrió el caso. El procesamiento estadístico incluyó una base de datos confeccionada en Excel, después se calcularon e interpretaron los indicadores del nivel de medición de las variables y se analizaron a la luz de la literatura revisada. Los resultados fundamentales fueron estar entre 0-4 años con 60%, ser masculino, de la raza blanca (73,4%) y la higiene de la vivienda inadecuada (74,5 %). Entre los antecedentes patológicos personales fue las enfermedades transmitidas por contacto (50,0%) el más registrado. Las variables ambientales coexistentes fueron escaso hacinamiento, no vinculación institucional semi-interna o interna y ocurrir en verano. Finalmente se llegó a conclusiones, sugiriéndose posibles recomendaciones para mejorar el trabajo en la Atención Primaria de Salud.

**DeCS:** IMPETIGO INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS.

## SUMMARY

A descriptive cross-sectional study was carried out to characterize the morbidity of contagious impetigo in outpatient consultation at the " José Martí" Provincial Paediatric Teaching Hospital of Sancti Spiritus, in the period from May of 2004 to April of 2005, starting from a sample of 150 patients. The information was obtained with a form made in this respect that included: age, sex, color of the skin, personal pathological antecedents, house characteristics, maternal personal hygiene, type of educational institution attended, and time of the year in which the case happened. The statistical processing included a database made in Excel. Later, the indicators of the level of measurement of variables were calculated and interpreted, and they were analyzed on the light of the literature reviewed. The fundamental results were: being between 0-4 years with 60%, being male, of the white race (73,4%) and an inadequate house hygiene. (74,5%). Among the personal pathological antecedents, the diseases transmitted by contact (50,0%) was the most commonly registered. The coexisting environmental variables were little heaping, no semi-internal or internal institutional association, and taking place in summer. Finally, conclusions were reached, with possible recommendations to improve work in Primary Health Care being suggested.

**MeSH:** IMPETIGO STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS

## INTRODUCCIÓN

Las piodermitis suelen clasificarse en primarias y secundarias a otras dermatosis, las primarias se dividen en foliculares y extrafoliculares y estas a su vez se subdividen en superficiales y profundas. El impétigo contagioso, la enfermedad que nos ocupa, es una piodermitis primaria extrafolicular superficial y una de las más frecuentes, por su alta morbilidad, incidencia y prevalencia (1-2).

El impétigo contagioso es causado por cocos piógenos, por el *Staphylococcus Aureus* (fago 71), en el 90.0 % de los casos, el *Estreptococos β Hemolítico* y por la combinación de ambos, aunque en ocasiones el foco séptico se puede encontrar distante del origen de la misma. La piel normal no proporciona un hábitat favorable para el *Estreptococo*, el cual coloniza con mayor facilidad la piel lesionada, el *Estafilococos*, sin embargo se trasmite con mayor facilidad a partir de lesiones infectadas, portadores orales y nasales, es una enfermedad benigna y autoinoculable (3).

Presenta dos formas clínicas fundamentales, el impétigo superficial y el impétigo ampollar. El impétigo superficial es causado fundamentalmente por el *Estreptococo beta Hemolítico* del grupo A, es muy contagioso sobre todo cuando se tiene un estrecho contacto, por ejemplo, en una familia o colectividad, esta enfermedad puede transmitirse de un niño a otro. Tiende a ser más frecuente a finales del verano y principios del otoño (4 -7).

En el impétigo se aconseja el uso de antibióticos orales y durante mucho tiempo han sido el tratamiento de elección, entre ellos están:

- Dicloxacillin: 15 mg/kg/24 h, distribuidos en 4 dosis
- Cefalexina: 60 mg/kg/24 h, suministrados en 4 dosis, durante 7 a 10 días
- Amoxicilina y Acido Clavulánico: 20 mg/Kg/día por 10 días

Para alérgicos a las penicilinas se sugiere el uso de macrólidos como:

- Eritromicina (Etilsuccinato): 50 mg/kg/24 h, divididos en 4 dosis (máximo: 2 g/día)
- Claritromicina: 250 a 500 mg 3 v/d por 10 días
- Azitromicina: 250 a 500 mg 3 v/d por 7 días
- Clindamicina: 150 a 300 mg por 10 días - 15 mg/kg/día en niños
- Sulfaprin: 2/4 tabletas en una o dos dosis al día

- Ciprofloxacina: 500 mg por 7 días

Entre otros no menos usados (8-10)(12)(13).

Sin embargo en los últimos años la resistencia de los *Staphylococcus* a los antibióticos orales sobre todo a la Eritromicina ha aumentado mucho y al mismo tiempo el tratamiento antibiótico tópico ha demostrado ser eficaz, produciendo menos efectos adversos y además a concentraciones locales altas en el sitio de la lesión tiene efecto bactericida y por otra parte los niños obedecen mejor al tratamiento tópico que al oral (14). Entre los antibióticos tópicos usados en el tratamiento se encuentra la mupirocina, que es el idóneo, pues es útil tanto para el impétigo causado por el *Estafilococo* como por el *Estreptococo*, siendo la tasa de respuesta de un 80\_98,0%, además se utilizan la bacitracina, neomicina, polimixina B, gentamicina, ácido fusídico entre otros. Se recomienda combinar la Eritromicina con la neomicina como terapéutica local (15-17) El Ácido Fusídico al 2 % ejerce un efecto similar al de la mupirocina en el tratamiento tópico de las piodermias, aunque su efectividad puede ser ligeramente menor.

Formando parte importante del tratamiento se encuentra el uso de los fomentos antisépticos, (Permanganato de potasio, Acriflavina y más recientemente los fomentos de agua ozonizada), esta última por las propiedades antimicrobianas que posee justifica su empleo. (18).

En consulta externa del Hospital Pediátrico Docente Provincial de Sancti-Spíritus hemos apreciado un número significativo de pacientes con infecciones cutáneas de tipo, impétigo contagioso o impetiginización de lesiones previas sin que existiera información detallada de sus características según factores demográficos, de la biología humana, el estilo de vida de los padres, la calidad de los servicios de salud prestados, el ambiente (Institucionalización, condiciones de la vivienda y época del año) así como otros relacionados con la microbiología, clínica y la terapéutica, de extrema utilidad para abordar integralmente el manejo de esta entidad prioritaria en la edad pediátrica, por parte de la familia y las instituciones de salud en los diferentes niveles de atención. Revisamos en el departamento de estadísticas y no existen referencias en tasas o porcentajes del comportamiento de esta patología en años anteriores. Se realizó una revisión de las hojas de cargo, un año previo al inicio de nuestro estudio, encontrando que representa el 31,6 % de las causas de consulta, por lo que cabe preguntarnos:

¿Cuáles son los factores que de forma directa o indirecta pueden estar asociados a su aparición?

Lo referido anteriormente avala la importancia de esta información para la prevención y control de la morbilidad sujeta a investigación, estas fueron las razones principales que nos inclinaron a caracterizar la morbilidad atendida por impétigo contagioso en edad pediátrica, para el período comprendido entre Mayo de 2004 y Abril de 2005.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se llevó a cabo una investigación descriptiva y transversal para caracterizar la morbilidad atendida por impétigo contagioso en edad pediátrica con los niños que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Pediátrico Provincial Docente (HPPD) "José Martí" de Sancti-Spíritus en el período Mayo de 2004 y Abril de 2005.

Nuestro universo de estudio incluyó niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre 1 día de nacido hasta 14 años, 11 meses y 30 días.

## **Criterios de inclusión:**

### Diagnóstico clínico

Con aparición brusca de vesículas con halo eritematoso que se rompen con facilidad y dan lugar a la formación de costras milicéricas y la remoción de las costras revela una superficie roja exudativa que se cubre rápidamente de una costra.

### Procedimientos

Para obtener la información se elaboró un modelo de recogida de datos donde se incluyó: nombre, edad, sexo, color de la piel, antecedentes patológicos personales, factores de riesgo (biológicos, del estilo de vida y ambientales), la observación del estado higiénico de los padres y tutores, examen físico dermatológico, el uso de terapéuticas previas, complicaciones, cumplimiento del tratamiento, evolución de los pacientes y gérmenes más frecuentes.

El examen Bacteriológico se realizó de la siguiente manera:

- Si la lesión es cerrada se limpiará con alcohol al 70% y se puncionará con una lanceta o aguja estéril para obtener el pus recogiendo la muestra con un hisopo estéril.
- Si la lesión es abierta se toma la muestra con hisopo estéril del borde y del centro de la lesión, en ambos casos la muestra obtenida se coloca en un medio de transporte o de conservación (medio Stuart) y posteriormente se siembran en medio de cultivo. El medio de cultivo utilizado es el Agar sangre.

Los pacientes fueron citados a una segunda consulta para valorar la evolución, el cumplimiento del tratamiento inicial y el resultado del examen bacteriológico y en algunos casos una tercera consulta por presentar complicaciones.

## **RESULTADOS**

Al final del período de estudio fueron incluidos 109 casos donde distribuidos por edad y sexo según la Tabla # 1, vemos que el grupo de edad que más enfermos aportó fue de 0 a 4 años para un 61,6 %, seguido del grupo de 5 a 9 años para un 29,3 %. Y con un predominio del sexo masculino del 60%. Iguales efectos de forma ilustrativa reflejan los gráficos 1 y 2.

La distribución por sexo exhibe un ligero predominio del masculino (61 casos), con respecto al femenino (48 casos).

El comportamiento de la enfermedad según el color de la piel en la Tabla # 2 muestra un incremento en los pacientes de piel blanca, de los 109 casos incluidos 80 de ellos presentan este tipo de piel para un 73.4

Respecto a los antecedentes patológicos personales (APP) en relación con la entidad podemos decir que en la mayoría de los pacientes no estuvieron presentes siendo el 72,5 %, así lo refleja la Tabla # 3.

La Tabla # 4 evalúa a los pacientes que se les recogieron APP previos al Impétigo Contagioso y la mayor frecuencia es de enfermedades transmitidas por contacto siendo el 50% y le secundan las enfermedades atópicas con el 16,7%.

En la relación de los pacientes que recibieron terapéutica previa la Tabla # 5 muestra que en 101 pacientes es inadecuada.

La Tabla # 6 evalúa la relación del paciente con el uso de medicación sin prescripción médica y el mayor porcentaje lo exhibe la Medicina Natural y Tradicional con un 33,3%, seguida de la antibióticoterapia y de los esteroides tópicos, para un 28,6% y 19,0% respectivamente. En relación directa con esta Tabla el Gráfico # 3 ilustra en el caso de los tratamientos sin prescripción que la mayoría corresponde a la automedicación en el 68 % de los casos con terapéutica inadecuada.

El análisis de la muestra según la higiene personal de la madre demuestra en la Tabla # 7 que el 82,2 % es adecuada.

Con relación a la muestra según higiene de la vivienda, en la Tabla # 8 el 74,5 % es inadecuado. En cuanto a la asociación de la patología con la época del año como muestra la Tabla # 9, se presentó con mayor frecuencia en el verano en 80 casos para el 73,4 %, este resultado era esperado por las características climáticas de nuestro país asociado a ambiente cálido y húmedo, donde los gérmenes encuentran condiciones favorables y proliferan con mayor rapidez, unido a las características anatomofisiológicas de la piel del niño, así como el período que abarcó nuestro estudio que incluyó más meses cálidos que fríos.

Respecto a la distribución de los pacientes según Institución a la que asisten aporta la Tabla # 10 que el 41,3% de ellos se encuentran en Círculos Infantiles y el 39,4% en Escuelas Externas.

La tabla # 11 evalúa la muestra según manifestaciones clínicas siendo las más frecuentes las lesiones cutáneas en el 100% de los pacientes estudiados y en 78% aparecieron adenopatías regionales.

El análisis de las complicaciones más frecuentes aportada por la Tabla # 12, fue la diseminación cutánea en el 85,2% del total de infantes del estudio.

La relación de la muestra con el cumplimiento de la terapéutica indicada aporta en la Tabla # 13 que el pilar que más se cumple es la terapéutica sistémica en el 85,3 %. El comportamiento según evolución del paciente arrojó sin recidivas en la mayoría de los mismos para un 78,9% a propósito de la Tabla # 14 , tiene un papel determinante en la producción de esta patología el *Staphylococcus Aureus*, como muestra la tabla # 15 (distribución de la muestra según el germen más frecuente), predominando el *Estafilococo Aureus* (80 casos), para un 73,4%.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de nuestro trabajo en cuanto a edad y sexo son similares a los encontrados en los estudios realizados por la doctora Ranconi en 171 casos en una Universidad del Nordeste de Argentina (14) así como Cruz Hernández en Barcelona obtiene cifras similares. (15) Al igual que un trabajo de morbilidad dermatológica realizado en el Hospital Juan Manuel Márquez. (5)(14)

Según el color de la piel no se han encontrado referencias que avalen estos resultados, ya que en la bibliografía revisada no existe predominio de un color de la piel sobre otra. Analizando que no sólo guarda relación con el genoma poblacional, sino también con la forma de medirlo a través de su expresión fenotípica (color aparente).(11) (12) (17) (18)

En relación con los antecedentes patológicos personales en esta entidad vemos que nuestros resultados no concuerdan con los obtenidos por otros autores, si tenemos en cuenta que en estudios epidemiológicos se ha comprobado que la presencia de *Estreptococo β Hemolítico* sobre una piel normal antecede la aparición de la infección alrededor de 10 días y durante este tiempo un traumatismo, picaduras de insectos predisponen al desarrollo de las lesiones. (11) (12) (13) (14)

En un estudio realizado en 120 niños en edad preescolar y escolar en el tracto respiratorio superior, se encontró que el 48 % fueron portadores nasales de *Estafilococo* y *Estreptococo* y

posteriormente desarrollaron impétigos. En dicho estudio igual se hace referencia a la alta incidencia de aparición de la enfermedad después de Escabiosis. (11) (12) (13) (14)

Autores como Fitzpatrick y Manzur plantean en sus capítulos que la terapéutica anterior usada es inadecuada, por lo que nuestros resultados son equivalentes.

Otros estudios al igual que el nuestro se refieren a la presencia de otros factores que influyen de manera determinante como son el uso y abuso de antibióticos sistémicos y esteroides locales. (8)(9)(10)(11)(12)(13)

En cuanto a la higiene personal de la madre nuestros resultados no concuerdan si tenemos en cuenta que autores como Manzur y Fitzpatrick plantean que la cantidad en la superficie cutánea de bacterias se halla en dependencia del aseo personal; por ende, cuanto más se bañe y cambie de ropa una persona, tanto menos cocos piógenos tendrá en la piel. (11) (12)

Al igual que en los estudios realizados por la doctora Ranconi en 171 casos en una Universidad del Nordeste de Argentina, el hacinamiento favorecía la aparición de la enfermedad, como ocurre con lo encontrado en nuestro estudio. (14)

Pese a los programas de control higiénico sanitarios que se ponen en práctica en instituciones semi-internas, donde se hacen Pesquisajes y aislamientos ante patologías infectocontagiosas, el hacinamiento, las condiciones higiénicas que no son las más adecuadas y las características del juego a estas edades favorecen la aparición de esta enfermedad, por lo que nuestros resultados coinciden con la bibliografía revisada. (9) (10)(11)(12)(13)

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en relación con las manifestaciones clínicas de igual forma lo expresan Fitzpatrick y Manzur, donde plantean que la infección cutánea se inicia con una alteración de la barrera epitelial a causa de traumatismos mínimos, como picaduras de insectos, quemaduras o rasguños. (11) (12) Resultados similares obtuvo Cruz- Hernández en Barcelona. (15)

En la mayoría de los pacientes no hallamos recidivas coincidiendo con autores como Fitzpatrick, Manzur y Baquero. (10)(11)(12)

Algunos autores como Fitzpatrick consideran que la piel normal no proporciona un hábitat favorable para el Estreptococo, el cual coloniza con mayor facilidad la piel lesionada, sin embargo es más frecuente la enfermedad por Estafilococo, pues se trasmite más fácilmente a través de los portadores nasales. (11) (12) Las muestras examinadas en nuestro estudio arrojaron similares resultados. Investigaciones realizadas recientemente en los Estados Unidos reportan que se han encontrado en los exámenes bacteriológicos mezcla de ambos microorganismos en la mitad de los pacientes con impétigo contagioso, teniendo un papel determinante el Staphylococcus Aureus. (3)(4)(6)(7)(11)(12)

## **CONCLUSIONES**

La caracterización de la morbilidad dermatológica atendida por impétigo contagioso en el HPPD José Martí del estudio a partir de la frecuencia de las variables socio- demográficas expresa estar ubicado en el grupo de 0 a 4 años, ser del género masculino y pertenecer a la raza blanca.

El comportamiento de los factores de riesgo que coexisten con la morbilidad de la entidad es: elevado número de viviendas con hacinamiento, la mayoría de los pacientes están vinculados a instituciones seminternas, haber ocurrido en meses de verano y las enfermedades transmitidas por contacto fueron las que mayor proporción presentaron seguidas de las enfermedades atópicas.

Las características microbiológicas expresan que el germen que se aisló con mayor frecuencia fue el *Estafilococos Aureus* y en menor porcentaje el *Estreptococo beta Hemolítico*. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en la investigación fueron: las lesiones cutáneo-mucosas y en menor grado las adenopatías regionales. Fue mayor el número de pacientes que recibieron terapéutica inadecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. PK Buxton. Erupciones de origen epidérmico. ABC de dermatología. p. 20, 1998.
2. Infecciones bacterianas cutáneas.html. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina. p 1-9
3. Martínez Izquierdo A, Pérez Amarillo D. Estafilococos. En Llop. A, Valdés-Dopena. M, Zuaso.J (editores). Microbiología parasitología médica. Ciudad de la Habana. Ciencias Médicas; 2001.p. 152-163.
4. Zuaso Silva J, Estreptococos: en Llop. A, Valdés-Dopena. M, Zuaso.J (editores). Microbiología y parasitología médica. Ciudad de la Habana. Ciencias Médicas; 2001.p. 165-178.
5. Piodermias. Véase en: [http:// www. DermatologíaPAC](http://www.DermatologíaPAC) Dermatología Parte C Libro 3.p 20-22
6. Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen F. Dermatología en Medicina General. 4ta Edición, Tomo 3, cap. 186, p 2393-2417. 1997.
7. Columbié Cumba Y. Piodermias. En: Manzur Katrib J. Dermatología. La Habana. Ed. Ciencias Médicas, 2002. P. 179-198.
8. Ranconi M.C, Merino L:A, Miranda O: Instituto de Medicina Regional. Universidad del Nordeste, Argentina.
9. Cruz Hernández M. Aspectos pediátricos de la patología dermatológica. Barcelona: Ed. Romagrof,2002: 2353- 76.
10. Martínez BR, Pastrana F, Ramírez AC, Naranjo LM, Ortiz RP. Morbilidad por afecciones dermatológicas, estudio estadísticoterritorial. Rev Cubana Pediatr vol 7 n 2 . C Habana Abril- Junio 1999.
11. Red Book. 2000. Informe del comité de Enfermedades infecciosas. Academia Americana de Pediatría.
12. R.E. Behrman; R.M. Kliegman; HalB. Jenson. Nelson Tratado de pediatría decimosexta edición; 2000.
13. Koning.S, Van der. Wouden.JC: Treatment for impetigo. BMJ 2004; 329; 695-696-
14. Van Amstel L, Koning s, van Suijlekon-Smit L WA, Oranje A,van der Wouden JC. De behandeling van impetigo contagiosa, een systematisch overzicht.. Treatment of impetigo contagiosa, a systematic review. Hutsarts Wet 2000; 43:247-252. 2000
15. Martin.JM, Green.M, Barbadones.K:A, Wald. ER; Erythromycin- resistant group A streptococci in schoolchildren in pittsburgh. N. Enlg J Med. 2002, 3461; 1200- 1206.
16. Gisby J, Bryant J. Efficacy of a New Cream formulation of Mupirocin: Comparison with Oral and Topical Agents in experimental Skin Infections. Antimicrobial Agenst and chemotherapy, p 255-260, Vol. 44, No 2. February 2000.
17. Gilbert M. Topical 2% mupirocin versus 2% fusidic acid ointment in the treatment of primary and secondary skin infections. J. Am. Acad. Dermatol. 20; 1083-1087. Medline.2004.
18. Mason BW, Howard AJ. Fusidic Acid resistancein community isolates of methicillin susceptible Satphylococcus Aureus and the use of topical fusidic acid:a retrospective case-control study.Int J Antimicrob Agents 2004; 23: 300-3.

## ANEXOS

Tabla # 1 Muestra según Edad y Sexo. Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 109						
Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	# casos	%	# casos	%	# casos	%
0-4años	32	29,4	35	32,2	67	61,6
5-9 años	14	12,8	18	16,5	32	29,3
10-14 años	2	1,8	8	7,3	10	9,1
Total	48	40,0	61	60,0	109	100
Fuente: Encuesta realizada por el autor.						

Tabla # 2 Antecedentes Patológicos personales previos a la aparición de Impétigo. Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 30		
APP	# casos	%
Enfermedades de Transmisión Respiratoria	5	16.7
Enfermedades Transmitidas por Contacto	15	50.0
Enfermedades Atópicas	5	16.7
Traumatismos de Piel y Mucosas	3	10.0
Mixtos	2	6.7
Fuente: Encuesta realizada por el autor		

Tabla # 3. Relación de Pacientes con Terapéutica Previa. Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 109		
Terapéutica	# casos	%
Adecuada	8	7.3
Inadecuada	101	92.7
Fuente: Encuesta realizada por el autor		

Tabla # 4 Distribución de la muestra según higiene personal de la Madre. Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 106		
Higiene Personal	# casos	%
Adecuada	87	82.2
Inadecuada	21	19.8
Fuente: encuesta realizada por el autor.		

Tabla # 5 Distribución de la muestra según época del año. Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 109		
Época	# casos	%
Verano	80	73.4
Invierno	29	26.6
Fuente: encuesta realizada por el autor.		

Tabla # 6 Muestra según Manifestaciones Clínicas. Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 109		
Manifestaciones Clínicas	# casos	%
Cutáneo-Mucosas	109	100,0
Adenopatías	89	78,0
Fiebre	5	4,6
Otras	45	41,3
Fuente : Encuesta realizada por el autor		

Tabla # 7 Gérmes más frecuentes Consulta Externa HPPD "José Martí". Mayo 2004-Abril 2005 N = 109		
Gérmes	# casos	%
Estafilococo Aureos	80	73,4
Estreptococo B hemolítico	21	19,3
Ambos	8	7,3
Fuente: Encuesta realizada por el autor		

Formulario para la Recolección de Datos

Caso # \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Color de la Piel Blanco \_\_\_\_\_ no Blanco \_\_\_\_\_

Antecedentes personales de atopía (Asma, Coriza y dermatitis)

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Estado Ambiental

Circulo Infantil Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Seminternado Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Interno Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hogar Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Características higiénicas de la madre

Adecuado \_\_\_\_\_ Inadecuado \_\_\_\_\_

Hacinamiento: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

# de Personas que viven en la casa \_\_\_\_\_

# de Dormitorios \_\_\_\_\_

Época del año

(Noviembre - Marzo)

Verano ( Abril – Octubre)

Terapéutica previa: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_