

11237

Autorizó a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dra. Mireya Erazo

FECHA: 30 September 2004

FIRMA: [Signature]



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**FRECUENCIA DE PACIENTES PEDIATRICOS
CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS ATOPICA
QUE DESARROLLARON ASMA O RINITIS
ALERGICA EN UN UN HOSPITAL DE SEGUNDO
NIVEL**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA
PRESENTA:
DRA. MIREYA ANNEK/ERAZO SICILIA**

TUTORES: DRA. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR



MEXICO D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



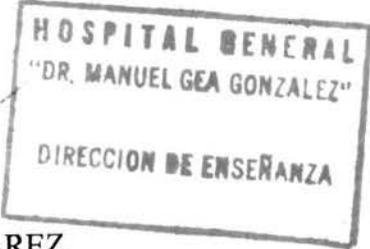
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

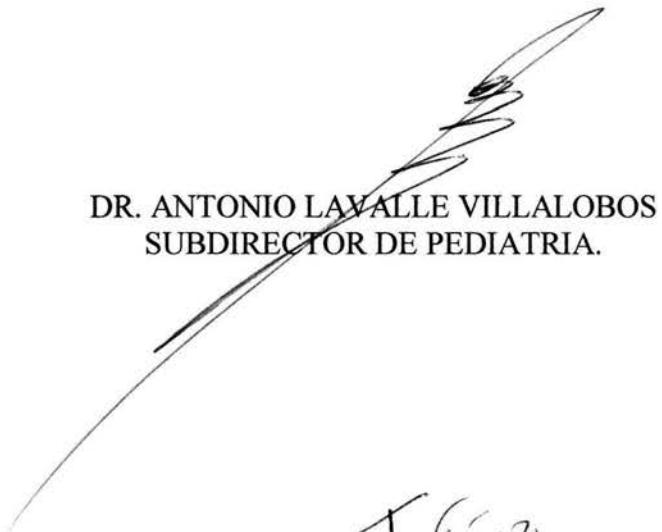
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



DR. FRANCISCO JAVIER RODRIGEZ SUAREZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

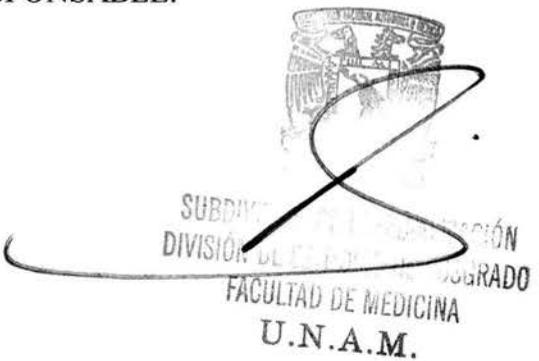


DRA. ANA FLISSER
DIRECTORA DE INVESTIGACION.



DR. ANTONIO LAYALLE VILLALOBOS
SUBDIRECTOR DE PEDIATRIA.

DRA. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR
INVESTIGADORA RESPONSABLE.



AGRADECIMIENTOS

A NUESTRO SEÑOR JESUCRISTO.

Por haber hecho de mí
una persona fuerte y valiente,
que terminó su carrera con gozo.

A MI MADRE.

Por su amor, dedicación y
Sacrificio en estos tres años.

MARCO

Querido esposo.

Por estar conmigo siempre,
por recordarme las promesas de DIOS
cuando me faltaban fuerzas. Por todo
el tiempo que sacrifico por nuestra familia.
Por ser el hombre perfecto para mí.

DEBORA

A ti hija Por tu mirada, por tu sonrisa
que alegran mi alma, y que borran
el cansancio después de un largo día de trabajo.

DRA. IRMA JIMENEZ ESCOBAR
DRA. MARIA DEL PILAR MATA MIRANDA.

Por su empeño y dedicación a este proyecto.

“FRECUENCIA DE PACIENTES PEDIATRICOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS ATOPICA QUE DESARROLLARON ASMA O RINITIS ALERGICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”

Antecedentes.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel, que se caracteriza por alteraciones de morfología y topografía típicas; acompañadas de piel seca, prurito intenso, de evolución crónica y recidivante. (1,2) Hay tres fases cronológicas del lactante del escolar y del adulto. La del lactante se inicia en la cara, de las primeras semanas a los dos meses de edad, predomina en mejillas y respeta el triángulo central de la cara; hay eritema, pápulas y dermatitis aguda, con costras hemáticas puede extenderse a piel cabelluda, pliegues retroauriculares y de flexión tronco y nalgas, o ser generalizada. Aparece por brotes; en general, las lesiones desaparecen hasta los dos años de edad sin dejar huella. La del escolar o infantiles sobreviene de los cuatro a los catorce años, las lesiones afectan los pliegues de flexión de codos, huecos poplíteos, cuello, muñecas parpado o región peri bucal; hay placas eccematosas o liquenificadas, el prurito es intenso y la dermatosis evoluciona por brotes, y desaparece o progresa hasta la última fase. La dermatitis atópica es una entidad descrita hace varios siglos, fue reportada desde 1891 por Broca y Jaquet, denominándole “Neurodermatitis diseminada y del sistema nervioso”, un año después Besnier le llama “Prurigo diatésico, eccematoide liquenoide” y es hasta 1923 cuando Coca y Cooke sugieren el término de atopia que significa respuesta “fuera de lugar”. En 1933, Hill y Sulzberger le llaman dermatitis atópica, término con el que se conoce actualmente. (2) Esta enfermedad ha sido motivo de grandes investigaciones tanto por su frecuencia como por la complejidad de su etiopatogenia. Entre los años 30s y 60s hubo una gran cantidad de estudios dirigido a su posible origen psicológico, y desde principio de los 70s, el enfoque principal estaba dirigido a las anomalías inmunológicas y alérgicas. Actualmente las investigaciones tratan de correlacionar los factores etiológicos involucrados en este padecimiento.

Es un padecimiento de etiología multifactorial, que se asocia frecuentemente con antecedentes familiares y/o personales de atopia (3) Existe una relación importante entre dermatitis y asma, la cual se manifiesta de manera epidemiológica, siendo la dermatitis atópica frecuentemente la primera manifestación de enfermedades atópica, entre las cuales se incluye asma y rinitis alérgica, Se dice que 80% de los niños con dermatitis atópica desarrollaran cualquiera de estas dos enfermedades. Aproximadamente 50% de los pacientes con dermatitis atópica desarrollaran la enfermedad en el primer año de vida y 50-80% desarrollaran la enfermedad respiratoria alérgica en el transcurso de la vida.

Objetivo

Determinar la frecuencia de pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica que desarrollaron asma y/o rinitis alérgica en los años subsecuentes a su diagnóstico.

El diagnóstico de las tres patologías se hizo de forma subjetiva, en base a la clínica, en el caso de dermatitis atópica y rinitis alérgica fue realizado por médicos dermatólogos y otorrinolaringólogos respectivamente, y en el caso de asma por médicos pediatras.

Material y métodos.

El estudio se realizó en el “Hospital general Dr. Manuel Gea González” en el periodo comprendido de Enero 05 a Septiembre 01 2004 y se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica que hubieran asistido a dermatología y/o pediatría de Enero de 1993 a diciembre de 1998. se trata de un estudio de cohorte histórica, abierto, observacional que incluyó a 251 niños entre 0 y 15 años, que completaran un seguimiento estricto en dermatología o pediatría de 5 años. El 57% de ellos fue hombres, (n=143), y el 43% fueron mujeres (n= 108), los rangos de edad se describe en la tabla 1, según sexo.

El diagnóstico de las tres patologías se hizo de forma subjetiva, con base en la clínica, en el caso de dermatitis atópica y rinitis alérgica fue realizado por médicos dermatólogos y otorrinolaringólogos respectivamente, y en el caso de asma por médicos pediatras.

Tabla1.

Grupo de edad	Mujeres	Hombres
0-3	58	60
4-6	18	26
7-9	14	15
10-12	8	13
13-15	10	29
Total	108	143

También la edad se agrupó en aquellos que tenían 7 años o más, y de aquellos que tenían de 0 a 6 años. Del grupo de 7 años o más se obtuvo el 35% (n=89), los de 0 a 6 años 65% (n=162) se agrupó el antecedente familiar

de atopía y aquellos que tenían antecedente de atopía familiar fueron 19% (n=49) sin antecedente fueron 81%(n= 202).

Se describieron las frecuencias simples, se calculó el riesgo relativo, y se estimó la probabilidad de desarrollar rinitis, asma o ambas en los meses subsiguientes al diagnóstico de dermatitis atópica.

Para calcular el pronóstico a 5 años de desarrollar rinitis o asma en estos pacientes, se utilizó el análisis de sobrevida con las funciones de sobrevida, curvas de sobrevida y prueba de log-rank.

Resultados

Del total de pacientes estudiados que se incluyeron, el 10% tubo rinitis o asma durante los 5 años de seguimiento (n=25) y el resto no lo desarrolló (n=226).

La función de Sobrevida para el número de exacerbaciones de dermatitis atópica durante los 5 años de seguimiento mayor a 7 eventos se presentan en la tabla 2.

Tabla2.

Tiempo en meses de seguimiento	Nuemor de crisis 1-6	Numero de crisis 7 0 mas
1	0.9957	1.0000
8	0.9614	1.0000
15	0.9442	0.8889
22	0.9442	0.8889
29	0.9356	0.8333
36	0.9270	0.8333
43	0.9270	0.8333
50	0.9227	0.7222
57	0.9227	0.7222
64	-	-

Pba de log rank. P=0.0054

El resto de las variables no demostraron diferencias significativas para la presentación de rinitis o asma.

Se cálculo el riesgo relativo para las variables agrupadas asma y/o rinitis, así como para asma sola y rinitis sola. Como se muestran en las tablas 3, 4, 5.

La presencia de más de 7 eventos o crisis de exacerbación de la dermatitis atópica se relacionó significativamente ($p=0.0005$) con la presencia de rinitis o asma en los 5 años de seguimiento (ver tabla 3) Al evaluar rinitis o asma por separado, más de 7 exacerbaciones de dermatitis atópica se relacionó 8 veces mas riesgo para asma que aquellos con 6 exacerbaciones o menos ($p = 0.003$) y el antecedente paterno de atopia se asoció 3.8 veces mas con la presencia de rinitis que aquellos pacientes sin el antecedente paterno de atopia ($p=0.04$).

Tabla 3.

Riesgo Relativo para desarrollar rinitis o asma en pacientes con dermatitis atópica relacionada con sexo, edad, antecedentes familiares de atopia y número de crisis de dermatitis					
Muestra					
Variable	Con Rinitis o asma	Sin Rinitis o asma	Riesgo Relativo	Intervalo de Confianza al 95%	Valor de p
Sexo					
Mujer	15	93	1.99	(0.93 - 4.25)	0.07
Hombre	10	133	1	-	
Edad de aparición de la Dermatitis					
Mayor o igual a 7ños	12	77	1.68	(0.80 - 3.52)	0.16
Menor de 7 años	13	149	1	-	
Antecedentes familiares de atopia					
Con antecedente	7	42	1.6	(0.71 - 3.62)	0.25
Sin antecedente	18	184	1	-	
Antecedente materno de atopia					
Con antecedente	0	11	IN	IN	0.25*
Sin antecedente	25	215	1	-	
Antecedente paterno de atopia					
Con antecedente	2	6	2.64	(0.75-9.33)	0.18*
Sin antecedente	23	220	1	-	
Antecedente de otros familiares de atopia					
Con antecedente	2	35	0.5	(0.12-2.04)	0.54*
Sin antecedente	23	191	1	-	
Número de crisis de dermatitis					
Mayor o igual a 7 crisis	6	12	4.09	(1.87-8.94)	0.0005
de 1 a 6 crisis	19	214	1	-	1

TABLA 4.

Riesgo Relativo para desarrollar asma en pacientes con dermatitis atópica relacionada con sexo, edad, antecedentes familiares de atopia y número de crisis de dermatitis					
Variable	Muestra		Riesgo Relativo	Intervalo de Confianza al 95%	Valor de p
	CON ASMA	SIN ASMA			
Sexo					
Mujer	7	101	3.09	(0.82-11)	0.1
Hombre	3	140	-	-	-
Edad de aparición de la Dermatitis					
Mayor o igual a 7 años	5	84	1.82	(0.54-6.12)	0.33
Menor de 7 años	5	157	-	-	-
Antecedentes familiares de atopia					
Con antecedente	4	45	2.75	(0.81-9.7)	0.1
Sin antecedente	6	196	-	-	-
Antecedente materno de atopia					
Con antecedente	0	11	IN	IN	0.25*
Sin antecedente	10	230	-	-	-
Antecedente paterno de atopia					
Con antecedente	1	7	3.38	(0.48-23)	0.28
Sin antecedente	9	234	-	-	-
Antecedente de otros familiares de atopia					
Con antecedente	1	36	0.64	(0.08-4.92)	1
Sin antecedente	9	205	-	-	-
Número de crisis de dermatitis					
Mayor o igual a 7 crisis	4	14	8.63	(2.68--27.83)	0.003
de 1 a 6 crisis	6	227	-	-	-

Tabla 5

Riesgo Relativo para desarrollar RINITIS en pacientes con dermatitis atópica relacionada con sexo, edad, antecedentes familiares de atopía y número de crisis de dermatitis						
Variable	Muestra		Riesgo Relativo	Intervalo de Confianza al 95%	Valor de p	
	CON RINITIS	SIN RINITIS				
Sexo	Mujer	10	98	1.66	(0.68-4)	0.26
	Hombre	8	135	-	-	-
Edad de aparición de la Dermatitis	Mayor o igual a 7 años	8	81	1.46	(0.6-3.56)	0.4
	Menor de 7 años	10	152	-	-	-
Antecedentes familiares de atopía	Con antecedente	5	44	1.59	(0.59-4)	0.35
	Sin antecedente	13	189	-	-	-
Antecedente materno de atopía	Con antecedente	0	11	IN	IN	1*
	Sin antecedente	18	222	-	-	-
Antecedente paterno de atopía	Con antecedente	2	6	3.8	(1.04-13)	0.04
	Sin antecedente	16	227	-	-	-
Antecedente de otros familiares de atopía	Con antecedente	2	35	0.72	(0.17-3.01)	1
	Sin antecedente	16	198	-	-	-
Número de crisis de dermatitis	Mayor o igual a 7 crisis	3	15	2.59	(0.83-8.12)	0.12
	de 1 a 6 crisis	15	218	-	-	-

Discusión

De los resultados obtenidos en este estudio, se pudo observar como la mayor incidencia de dermatitis atópica se encontró en el sexo masculino. Las edades mayormente afectadas fueron entre los 0 y los 3 años de edad, que corresponde a 113 pacientes y de estos 65 se diagnosticaron antes del año de edad, que es el 27% del total de pacientes estudiados, lo cual esta acorde con lo que dice la literatura que el 60% de los pacientes se diagnostico antes del primer año. Según el estudio internacional ISAAC se reporta una prevalencia de 5-20 % en sujetos de 6 a 14 años de edad, la encontrada en nuestra investigación fue del 30% (73 pacientes) en estas edades.

En cuanto a la etiología de la dermatitis atópica se sabe que es multifactorial, de los factores más importantes se ha visto que existe un fuerte factor hereditario, se ha observado que la dermatitis atópica se asocia con una historia familiar de enfermedades atópicas, en estudios recientes se observa una incidencia de 9 a 12 % en niños. Cooke y Van Der Veer refieren que alrededor del 50% de los pacientes con rinitis alérgica y asma han tenido historia familiar positiva de enfermedad similar (12) . En el grupo total de pacientes del presente estudio se encontró una historia familiar positiva solo en el 19%,encontramos que el antecedente paterno de atopia se asoció mas fuertemente con rinitis que el resto de los antecedentes.

En la literatura mundial se dice que el 80% de los pacientes con dermatitis atópica desarrollarán cualquiera de estas dos enfermedades. (6) En este estudio se encontró que el 10% desarrollo asma o rinitis alérgica siendo mayor el porcentaje de los que desarrollaron rinitis alérgica. Los pacientes con asma predominaron en el sexo masculino, y el sexo femenino predomino en los pacientes con rinitis alérgica.

Solamente el 1% del total de pacientes desarrollo la tríada dermatitis, rinitis, asma, es decir 2 pacientes.

Conclusión

La frecuencia de pacientes que desarrollaron asma o rinitis alérgica fue menor que la reportada por la literatura. Con esto no podemos concluir que el riesgo de desarrollar rinitis alergica o asma es menor en México que en los países industrializados, ya que para eso hacen falta estudios multicentricos que ayuden a determinar la prevalencia y la incidencia de la triada atópica, ya que las estadísticas con las que se cuentan en el ámbito mundial son de países industrializados.

El antecedente paterno de atopia está mas asociado con el riesgo de desarrollar rinitis alérgica.

El número de eventos de exacerbación de la dermatitis atópica está relacionado muy fuertemente con el riesgo de desarrollar asma.

Aproximadamente el 30 % de la población con dermatitis atópica que tiene mas de 7 exacerbaciones, desarrollará en un periodo de 4 años rinitis o asma.

Bibliografía.

- 1) Kapp A. atopic dermatitis. The skin manifestation of atopic. Clin Experiment Allergy 1995; 25:210-219.
- 2) Beirana PA Dermatitis atopic. Rev C Dermatol Pascual 1999; 8:169-178.
- 3) Izabal JM, Beirana A. Manejo de la dermatitis atópica. Rev C Dermatol Pascua 1995; 4:82-89.
- 4) Wuthrich B. clinical aspects, epidemiology and prognosis of atopic dermatitis. Ann Allergy Asthma Immune 1999; 83:464-470.
- 5) Bergmann RL, Edenharter G, Bergmann KE, Atopic dermatitis in early infancy predicts allergie airway disease at 5 years. Clin. Exp. Allergy 1998; 28: 965-970.
- 6) Eichenfield LF, Hanifin JM, Beck LA et al. Atopic dermatitis and asthma: parallels in the evolution of treatment. Pediatric 2003; 111(3):608-16.
- 7) Jones SM. Triggers of atópica dermatitis. Immunology and Allergy clinics of North America 2002:22 1:55-72.
- 8) Adamek-Guzik T, Guzik TJ, Czerniawska-Mysik G. A Urinary leukotriene levels are increased during exacerbation of atopic eczema/dermatitis syndrome. Relation to clinical status. Allergy 2002; 57(8):732-6.
- 9) Escarrer-Jaume M, Munoz-Lopez F, Role of aeroallergens in the etiopathogenesis of atopicdermatitis. Allergol immunopathol 2002; 30 (3): 126-34.
- 10) Stone KD, Cur opin pediatric 01-Oct-2002; 14 (5):634-46.
- 11) Arenas Roberto, Dermatitis atópica cap14. Atlas de dermatología. 2da ed. Mexico. Mac GRAW-HILL Interamericana. 1996:63-66.
- 12) Eigenman PA. Clinical features and diagnostic criteria of atopic dermatitis in relacion of age. Pediatric Allergy and Inmunology 2001:12 (suppl 14): 69-74.

En el número de enero de esta revista aparecen de manera detallada los requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Sugerimos a los autores su lectura y hacer las modificaciones necesarias a sus contribuciones, antes de remitirlos a publicación.

El Editor

Instrucciones abreviadas para la preparación de manuscritos

La Revista Mexicana de Pediatría, publica textos en español con resúmenes en inglés sobre temas relacionados con pediatría, puericultura y áreas de interés en el conocimiento de los niños, en forma de editoriales, artículos originales, comunicaciones breves, casos clínicos, experiencias clínicas y quirúrgicas, novedades terapéuticas, artículos de revisión, ensayos, noticias y cartas al editor. Todos los manuscritos deberán apegarse a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas*

Formato y estilo

El texto no debe exceder 15 hojas del tamaño carta (21.5 x 28 cm) inscritas a doble espacio a máquina, o en computadora (PC) en paso 12, dejando 2.5 cm de márgenes. Las páginas deberán estar numeradas por orden consecutivo y el manuscrito original debe enviarse con dos copias adicionales.

La hoja frontal deberá llevar: el título en español e inglés, los nombres y adscripción institucional de los autores, y el nombre, dirección, teléfono y fax del autor responsable.

El título y el resumen

El título del trabajo, de cualquier índole que este sea, deberá redactarse de la manera más breve posible: no más de 12 palabras. El resumen (en inglés y español), deberá contener un número máximo de 200 palabras, incluyendo el título; al pie del resumen se indicarán de 3 a 6 palabras clave (key words).

El resumen describirá los objetivos y diseño del estudio, el contexto en que se llevará a efecto y las mediciones que se harán, los resultados, y en la discusión se darán las conclusiones y recomendaciones que se derivan del estudio. Se sugiere que la redacción se estructure conforme a estos apartados (resumen estructurado). Los trabajos de revisión deberán señalar escuetamente el

argumento en el que se basan los objetivos de la revisión, las fuentes de información, los métodos de selección, del material, una síntesis de los datos obtenidos y las conclusiones. Las recomendaciones para otro tipo de informes se darán más adelante.

Trabajos originales

Las contribuciones que aporten datos originales deberán ajustarse al formato de: resumen, introducción, material y métodos, resultados y discusión. Con respecto al **resumen**, es preciso ajustarse a lo recomendado en el inciso anterior.

La **introducción** deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema, las preguntas que se hicieron los investigadores, los objetivos y las hipótesis del estudio. Se sugiere citar únicamente aquellas referencias pertinentes para justificar la investigación.

En **material y métodos** se indicará el tamaño de la muestra, el procedimiento de muestreo, los criterios de selección de la muestra y sus características; se describirán los métodos de estudio, las mediciones realizadas y los métodos estadísticos empleados. En su caso se hará mención de la aprobación del proyecto por los comités de investigación y ética, y se hará también referencia a la solicitud que se hizo a los pacientes para su participación en el estudio, previa información acerca de lo que se deseaba investigar.

Los **resultados** deberán hacer notar los hallazgos más importantes del estudio, las figuras o gráficas serán las **estrictamente** necesarias.

La **discusión** deberá centrarse en los hallazgos del estudio, contrastándolos con las observaciones informadas por otros investigadores.

Las **referencias** serán estructuradas de acuerdo a lo indicado en los requerimientos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, que aparece en el número de enero de esta Revista.

Los **cuadros y figuras** se presentarán por separado. EL título de los cuadros deberá ser suficiente explícito; éstos requieren ser ordenados con números romanos y las notas de pie deberán ser indicadas con los símbolos que aparecen en los citados requerimientos.

* Publicado en español en el número 1, de enero-febrero, de esta Revista.

Las figuras se incluirán en un sobre; en el reverso de cada una de ellas se indicará el número correspondiente, anotando y con una flecha dirigida hacia arriba la manera en que el autor desea que aparezca publicada. En una página, por separado, deberán incluirse los títulos de las figuras; Se sugiere incluir sólo aquellas que sean indispensables en el trabajo.

Comunicaciones breves

Los trabajos preliminares o bien los informes originales cuyo propósito haya sido obtener una respuesta escueta a una pregunta, deberán seguir el formato acostumbrado en los artículos originales; entre la introducción y las referencias deberá tener una extensión de tres a cuatro páginas.

Casos clínicos

Se requiere que la introducción sea corta (no más de una página), resaltando la importancia que para los clínicos puede tener el caso informado. En la presentación de éste se deberán destacar los datos clínicos trascendentes. Entre la introducción y las referencias deberá haber una extensión no mayor de seis páginas.

Experiencias clínicas y quirúrgicas

En esta sección se presentarán las experiencias en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los niños enfermos, sea con el empleo de técnicas, procedimientos o métodos particulares de diagnóstico, o en lo que respecta a esquemas de tratamiento.

Novedades terapéuticas

Los informes sobre nuevos medicamentos o nuevas aplicaciones de «viejos» medicamentos, ya sea por experiencias persona-

les o por comunicaciones que aparecen en la literatura médica, serán considerados para su publicación.

Artículos de revisión y ensayos

Se admitirán artículos de revisión que por su actualidad o relevancia, sean de interés para los lectores. Las ilustraciones y cuadros serán los estrictamente necesarios. El número de referencias citadas será menor a 40 y su extensión no será mayor de 15 cuartillas.

Noticias y cartas al editor

Las noticias de *interés general* y las opiniones y comentarios a los informes publicados, tendrán cabida en las páginas de la revista, si no exceden de una página.

Indicaciones para el envío de manuscritos

Los manuscritos, en original y dos copias, deberán entregarse o enviarse por correo al Editor, a la siguiente dirección: Revista Mexicana de Pediatría, Tehuantepec 86-503, Col. Roma 06720 México, D.F. (Teléfono 564-77-39 y 564-83-71).

Todos los trabajos deberán ser acompañados de una carta firmada por los autores, en la que se transfieran los derechos del manuscrito a la Revista Mexicana de Pediatría y se haga mención de que los suscritos dan permiso para que su nombre aparezca en el texto. Es importante también señalar que el trabajo es original y no ha sido publicado antes, íntegro o parcialmente, o bien no ha sido, al mismo tiempo enviado para publicación a otra revista. Los originales no serán devueltos a los autores.

Instrucciones adicionales para los autores

La Revista *Mexicana de Pediatría* (Rev Mex Pediatr) publica —en español o en inglés— trabajos originales, artículos de revisión, reporte de casos clínicos y cartas al editor, relacionados con los aspectos clínicos, epidemiológicos y básicos de la Pediatría.

Los manuscritos deben de prepararse de acuerdo a los *Requerimientos Uniformes para el Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas* desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*N Engl J Med* 1991;324:424-428).

El envío del manuscrito implica que éste es un trabajo que no ha sido publicado (excepto en forma de resumen) y que no será enviado simultáneamente a ninguna otra revista. Los manuscritos aceptados serán propiedad de la *Sociedad Mexicana de Pediatría* y no podrán ser publicados (ni completos, ni parcialmente) en ninguna otra parte sin consentimiento escrito del editor.

Los artículos son sometidos a revisión de árbitros experimentados. Los manuscritos originales recibidos no serán devueltos. El autor principal debe guardar una copia completa.

Preparación de manuscritos

- Envíe tres copias completas escritas a doble espacio con márgenes de 2.5 cm en un papel tamaño carta (21.5 x 28 cm).
- Presente el manuscrito iniciando cada componente en una página separada: (1) Página del título, (2) Resúmenes, (3) Texto del artículo (Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones), (4) Referencias, (5) Cuadros, (6) Leyendas de las figuras.
- Anexe fotocopias de página completa de cada una de las figuras al final de cada manuscrito.
- Ponga el número de la página y el apellido del primer autor en la esquina superior derecha de cada página.
- Cite referencias, cuadros y figuras consecutivamente y conforme aparezcan en el texto.

- Carta del primer autor de transferencia de derechos a la *Sociedad Mexicana de Pediatría*. También deberá confirmar que tienen el permiso escrito de todas las personas a las que se ofrezca reconocimiento y sean mencionadas en el artículo.

Cuadros

- A doble espacio, cada uno en hoja separada.
- Numerarlos de acuerdo a su orden de aparición en el texto.
- El número y título del cuadro aparecen arriba del mismo y las notas explicatorias abajo de éste.

Leyendas de las figuras

- A doble espacio y numeradas de acuerdo a su orden de aparición.
- Provea suficiente información para permitir la interpretación de la figura sin necesidad de referirse al texto.

Figuras

- Envíe tres juegos de fotografías de alta calidad o generadas en impresora láser, cada juego en sobre separado.

Deben tener dimensiones adecuadas para su publicación (tamaño postal).

- Anexe un juego de fotocopias de las figuras con cada copia del manuscrito.

Identifique cada figura con el apellido del primer autor, número de la figura y una flecha indicando la parte superior. Escriba estos datos sobre etiquetas autoadheribles y péguelas después en la parte posterior de cada figura.

- Las fotografías en las que aparecen pacientes identificables deberán acompañarse de permiso escrito para publicación otorgado por el paciente. De no ser posible contar con este permiso, una parte del rostro de los pacientes deberá ser tapada sobre la fotografía.

Dirija todos los manuscritos a:

Dr. Leopoldo Vega Franco, Editor
Revista Mexicana de Pediatría
Tehuantepec 86 - 503
Col. Roma
06720 México, D.F.
Tel: 564-7739 y 564-8371

Transferencia de Derechos de Autor

Título del artículo:

Autor (es):

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y que no ha sido previamente publicado. También manifiestan que, en caso de ser aceptado para publicación en la *Revista de la Sociedad Mexicana de Pediatría*, los derechos de autor serán transferidos a la **Sociedad Mexicana de Pediatría**.

Nombre y firma de todos los autores

Lugar y fecha:

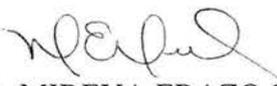
México D.F. 29 de Septiembre de 2004.

DR. LEOPOLDO VEGA FRANCO.
EDITOR DE LA REVISTA MEXICANA DE PEDIATRÍA.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted para solicitar sea considerada para publicación el trabajo **“Frecuencia de pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica que desarrollaron asma o rinitis alérgica en un hospital de segundo nivel”**. Realizado por : primer autor Dra. Mireya Erazo Sicilia y segundo autor Dra. Irma Jiménez Escobar. En la revista mexicana de Pediatría a su digno cargo. Aceptando la transferencia de los derechos del manuscrito y haciendo constar que el presente trabajo es original y no ha sido enviado para su publicación a otra revista.

Esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud.

A T E N T A M E N T E


DRA. MIREYA ERAZO SICILIA
RESIDENTE DE PEDIATRÍA.


DRA. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR
INVESTIGADORA RESPONSABLE.