

TEMAS LIBRES

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ASMA BRONQUIAL.

Manuel Vega López. (MÉXICO).

RECURRENCIA DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS POSTRATAMIENTO.

Víctor de la Rosa Morales. (MÉXICO)

INMUNOGENICIDAD DE DIFERENTES ESQUEMAS DE VACUNACIÓN CON DOSIS FRACCIONADAS DE LA VACUNA PRP-T CONTRA EL HAEMOPHILUS INFLUENZAS TIPO B. *J. Fernández, J Feris, S Balier, S Romero-Steiner, O Levine, E Gómez, PL Castellanos. (REPÚBLICA DOMINICANA)*

SALVANDO MÁS NIÑOS.

Alemán, Jorge, BrannstromsL, LiliestrensI. (NICARAGUA)

MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

Eduardo Suárez Castañeda. (EL SALVADOR).

MANEJO CONSERVADOR DE LA FUGA DE AIRE COMPARADO CON LA TERAPIA DE LAVADO DE NITRÓGENO EN RECIÉN NACIDOS. *Heriherto Martínez, />. Martínez, C. Agwlar, J. Panlagua. (EL SALVADOR).*

PROGRAMA NACIONAL: CURSOS DE REANIMACIÓN NACIONAL UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD NEONATAL. *Osear F. Segreda Rodríguez. (COSTA RICA).*

ROTA VIRUS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DIARREA AGUDA.

Ojeda R. Juan José, Rocha K., Silva S. (NICARAGUA).

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN NIÑOS ASOCIADO A GASTRITIS POR HELICOBACTER PYLORI.

Tovar Sandra, Cáceres Cesar, Murillo Edgardo, Lie. Palma Filomena. (HONDURAS).

LEISHMANIASIS CUTÁNEA ATÍPICA (LCA) EN HONDURAS.

Lizardo GA, Ponce E, Sierra N. (HONDURAS).

INTERNET Y LA EDUCACIÓN MÉDICA.

Jesús Alberto Pineda. (HONDURAS).

Aspectos epidemiológicos del asma bronquial

Manuel Vega López

En estudios epidemiológicos tanto en adultos como en niños se ha encontrado una prevalencia del asma que varía del 3% al 7% de la población. Sin embargo otros estudios a nivel mundial han arrojado cifras de un 25% en Nueva Zelanda, hasta cifras muy bajas en algunas regiones del norte de Europa.

Sin embargo, se considera que el asma bronquial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, especialmente en los niños. Además de que en los últimos años se ha incrementado su frecuencia. En la población **infantil** el asma representa un problema de gran importancia. Se ha descrito que aproximadamente el 40% de los niños tienen sibilancias en los primeros 3 años de vida. Es importante contar con información estadística, que permita a la comunidad médica de un país, conocer la magnitud local del problema para planificar las medidas necesarias que incluyen prevención, tratamiento y rehabilitación. En México se han realizado algunos estudios de tipo epidemiológico, en diversas zonas del país, como los estudios de Pedroza y cols. En la Ciudad de México, en niños entre 6 y 12 años de edad, resultaron con una frecuencia de 11.8%. Baeza Bacab y Graham, en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, encontraron una frecuencia del 12%. Finalmente González-Gamez en la ciudad de Guadalajara, Jalisco en población escolar de 6 a 14 años, una prevalencia de 12.8%. Sin embargo, estas cifras se incrementan en los puertos del Golfo de México, principalmente por la gran humedad existente así como los cambios bruscos de temperatura que se llegan a presentar, los llamados "nortes".

Mortalidad por asma:

La tasa de mortalidad nacional por asma en menores de un año, mostró una tendencia a la disminución entre 1987 y 1993. esta tendencia no se observó en los grupos etarios de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, cuya tasa se mantuvo estable. En el Instituto Nacional de Pediatría de 2,043 defunciones ocurridas entre 1987 y 1992 sólo 2 (0.1%) fueron con el diagnóstico de asma. Sexo: en los primeros 15 años va a predominar el sexo masculino, invirtiéndose esta relación después de los 15 años. En relación a la prevalencia en otros países, tenemos como en Australia de un 29%, Alemania de un 20%, España de un 14%, Noruega 13%, Argentina un 11%. En Estados Unidos existe una mayor prevalencia en niños hispanos y de raza negra, al comparar las visitas a urgencias, hospitalización, en relación a los niños de raza blanca. Es frecuente por otra parte que el asma bronquial sea subdiagnosticada por el médico, ya que gran parte de los pacientes tienen únicamente tos de larga evolución, o bien, predominan síntomas de estornudos, escurrimiento nasal, prurito nasal o datos de piel seca y sensible.

Un reto como países latinoamericanos, es establecer un conocimiento más profundo de lo que está sucediendo en cada país en particular, con el propósito de establecer programas de prevención así como de una intervención adecuada y reducir las cifras de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Asthma. A link between environment, immunology and the airways. Proceedings of the XVIth world congress on asthma.
2. Aspectos epidemiológicos del asma infantil en México. Mario H, Vargas Juan J, **Siema**. Gac.Med.Mex. vol 132, No. 3, 1996.
3. Prevalence of possible undiagnosed asthma and associated morbidity among urban school children. Christine L, M Joseph. The Journal of Pediatrics. Vol. 129, No. 5, Nov 96.
4. Prevalencia de asma, rinitis y eczema en escolares de la ciudad de Cuernavaca, México. María Isabel Tallo. Salud Pública de México. Vol. 39, No. 6, Nov-Dic. 1997.

Recurrencia de las crisis epilépticas postratamiento

Víctor de **la Rosa Morales**

Los trastornos paroxísticos ocupan un lugar importante en la morbilidad pediátrica en atención ambulatoria¹, básicamente los relacionados con la Epilepsia y Síndromes Epilépticos con prevalencia de 1.5/ millón en algunos países". El diagnóstico clínico difícil en los niños, se simplifica con la clasificación de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (L.I.C.E.), apoyado por los hallazgos **electroencefalográficos**, útiles en la evaluación del tipo de crisis, o en la identificación de los síndromes epilépticos " \ El pronóstico de las crisis es incierto, los estudios se han enfocado hacia determinar los factores relacionados con la evolución; si hubo o no crisis en la etapa neonatal, presencia o ausencia de retraso mental, número de crisis antes de tratamiento, edad de inicio de las crisis y la presencia de crisis entre los 6 y 12 meses de manejo farmacológico, como factores relacionados. ^x Hay disparidad en los hallazgos respecto a lo que influye en la recaída y se desconoce la probabilidad de nuevas crisis en niños epilépticos después de haber suspendido el tratamiento, motivo de analizar su comportamiento durante el periodo

siguiente a la suspensión de la farmacoterapia, así como buscar los factores de riesgo mas fuertemente asociados a la recurrencia de las crisis. Hipotéticamente los factores inherentes al paciente: falta de adherencia al tratamiento, tiempo de tratamiento y respuesta primaria a la monoterapia, están más fuertemente asociados con la recurrencia de las crisis epilépticas postratamiento que los relacionados con la enfermedad: edad de inicio, tipo de crisis, número de crisis antes de tratamiento, fármaco utilizado y modificaciones electroencefalográficas postratamiento. En el Servicio de Neurología del Departamento de Pediatría del Hospital General de Zona N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tlaxcala, se diseñó un estudio de casos y controles para buscar en niños epilépticos manejados ambulatoriamente, asociación de la recurrencia de las crisis postraímiento, con factores como la falta de adherencia al tratamiento; tiempo de tratamiento y respuesta a la monoterapia, así como **con** la edad de inicio de las crisis; número de crisis antes de tratamiento; fármaco utilizado; modificaciones electroencefalográficas. Se estudiaron los pacien-

tes que habían cumplido cuando menos 2 años de farmacoterapia antiepiléptica, y se les había suspendido el tratamiento. Se incluyeron como casos quienes presentaron nuevamente crisis después de la suspensión del fármaco. Y como controles pacientes con las mismas características que no habían presentado nuevas crisis en el periodo de seguimiento.

Se buscó la probabilidad de crisis, el índice de recurrencia por mes y se estimó el tiempo medio esperado de permanencia sin crisis. Se hizo además análisis de supervivencia. Los resultados más importantes obtenidos en 54 pacientes estudiados muestran que 12 (22.2%) tuvieron recurrencia de las crisis y 42 continúan sin crisis. Hubo probable asociación de la recurrencia con la edad preescolar, adherencia al tratamiento y tiempo de tratamiento, pero sin significancia estadística. Dentro de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad se observó asociación de la edad mayor de 12 años con la recurrencia, comparada con los menores de esa edad. En el tipo de crisis hubo asociación pero sin significancia estadística en el grupo de parciales complejas.

En el análisis de supervivencia se observó que la probabilidad de nuevas crisis varía del 2 al 4 %, independientemente del momento del seguimiento en que se presentan. La probabilidad acumulativa indica que a medida que es mayor el tiempo de evolución es menos probable la presencia de nuevas crisis de 98% a los 2 meses a 78% a los 24 meses. En el análisis resultó que 9.3 pacientes por cada 100 personas/años de observación, pudieran tener recurrencia de las crisis. La estimación del tiempo medio esperado en años de seguimiento sin crisis fue de 10.68 con límites de confianza de 4.6 a 16.7.

Los hallazgos están de acuerdo con lo reportado en la literatura; la probabilidad de remisión de las crisis epilépticas es del 70%, influyendo la edad de inicio, de manera directa el tipo de crisis, siendo alta la remisión para las generalizadas, y menor para las crisis parciales complejas y con inicio en la edad adulta, así como las alteraciones neuroló-

gicas concomitantes desde el nacimiento^{7,9}. También, se ha observado recurrencia de las crisis en 18.4 % después de un año de haber suspendido el tratamiento farmacológico. Se ha encontrado que un factor estrechamente relacionado con la remisión de las crisis es la respuesta primaria a las drogas antiepilépticas¹¹, en el estudio no se pudo comparar ésta situación porque en los dos grupos de pacientes, hubo buena respuesta.

Se ha asociado la remisión de las crisis a dos años postratamiento, en adultos, con niveles séricos de medicamento, óptimos. En la serie de pacientes estudiada las dosis de medicamentos calculadas por kilogramo de peso fueron adecuadas y hubo adherencia al tratamiento en la mayoría de los pacientes.

También se ha asociado la recurrencia con el número de crisis antes de iniciar la farmacoterapia; los hallazgos en el estudio están de acuerdo con tal concepto, de manera parcial, porque se tiene menos de 95% de confianza de que este factor influya en la recurrencia de las crisis. La gran importancia de la selección del fármaco más apropiado para el tipo de crisis que presenta el niño epiléptico, tiene relación directa con la respuesta^{11, 13, 15}. Es algo que se debe tener muy presente al iniciar el manejo farmacológico. Es importante incluir en los estudios algunos elementos de salud integral, biológicos, psicológicos y sociales como coadyuvantes en la remisión de las crisis epilépticas¹⁶.

La probabilidad de nuevas crisis, en pacientes manejados de acuerdo a lo establecido internacionalmente^{11, 15}, está en razón inversa al tiempo de seguimiento, dato de gran validez, porque pudiera relacionarse con la remisión total de las crisis a largo plazo.

En conclusión, algunos factores de riesgo inherentes al paciente, se asociaron débilmente a la recurrencia de las crisis: edad del paciente, falta de adherencia y tiempo de tratamiento. Y algunos inherentes a la enfermedad: edad de inicio de las crisis, número de crisis pretratamiento y tipo de

crisis. Aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. De la Rosa MV. Monoterapia en niños con crisis epilépticas idiopáticas. *Anales de Pediatría de México* 1996; 3 : 25 - 30.
2. Scheuer ML, Pedley TA. The evaluation and treatment of seizures. *N Engl J Med* 1990; 323: 1468-1473.
3. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
4. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1985; 26: 268-278.
5. Parks Jr BR, Dostrow VG, Noble SL. Drug Therapy for Epilepsy. *Am Fam Physician* 1994; 50: 639-648.
6. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389-399.
7. Camfield C, Camfield P, Gordon K, Smith B, Dooley J. Outcome of childhood: A population-based study with a simple predictive scoring system for those treated with medication. *J Pediatrics* 1993; 122: 861-868.
8. De la Rosa MV. Escala predictiva para el pronóstico de las crisis epilépticas idiopáticas en niños. *Rev Mex Ped* 1995; 62: 182-186.
9. Annegers JF, Hauser WA, Elveback LR. Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy. *Epilepsia* 1979; 20: 729-737.
10. Aldenkamp AP, Alpherts WC, Sandstedt P, et al. Antiepileptic drug related cognitive complaints in seizure free children with epilepsy before and after drug discontinuation. *Epilepsia* 1998; 39: 1070-1074.
11. Sillanpaa M, Jalava M, Kaleva O, Shinnar S. Long-term prognosis of seizures with onset in childhood. *N Engl J Med* 1998; 338: 1735- 1722.
12. Ogunniyi A, Oluwole OS, Osuntokun BO. Two year remission in Nigerian epileptics. *East Afr Med J* 1998; 75: 392-395 (abstract).
13. Marks Jr WJ, García PA. Management of seizures and epilepsy. *Am Fam Phys* 1998; 57: 3 589- 1600.
14. Garaizar C, Pérez-García J, Gil-Anton J, Prats JM. Fracaso terapéutico, tratamiento y no tratamiento de la epilepsia infantil. *Rev. Neurología* 1998; 27: 467- 472.
15. Commission on Antiepileptic drugs of the International League Against Epilepsy. Guidelines for Clinical Evaluation of Antiepileptic Drugs. *Epilepsia* 1989; 30: 400-408.
16. Wallace SJ, Binnie CD, Brown SW, Duncan JS, McKee P, Ridsdale L. Epilepsy a guide to medical treatment. 2: Non drug aspects. *Hospital Medicine* 1998; 59: 464 - 468.

Inmunogenicidad de diferentes esquemas de vacunación con dosis fraccionadas de la vacuna PRP-T contra el *Haemophilus influenzae tipo b*

J. Fernández, J Feris, S Baiter, S Romero-Steiner, O Levine, E Gómez, PL Castellanos

Introducción: La vacuna conjugada contra el *Haemophilus influenzae tipo b* (Hib) tiene limitaciones en países en vías de desarrollo debido al costo.

Método: Fueron asignados al azar 600 niños, a uno de seis regímenes con la vacuna PRP-T: dosis completa, V_2 y $1/3$ parte de la dosis, separadas o combinadas en la misma jeringuilla con vacuna contra difteria-tétanos-pertusis (DPT) a la edad de 2, 4, 6 meses. Las dosis fraccionadas fueron reconstituidas en viales de una dosis completa con dos o tres veces el volumen normal del diluyente del DPT. Muestras séricas fueron tomadas a la edad de 4, 6 y 7 meses. Las concentraciones séricas anti-PRP fueron medidas por EIA. **Resultados:** 507 (85%) lactantes completaron. A 1 mes después de la tercera dosis, todos los regíme-

nes llenaron los criterios de respuesta aceptable. Aquellos que recibieron la vacuna contra Hib inyectada separadamente, GMCs a la edad de un mes después de la tercera dosis fueron **11,2**, 11.9 y 16.3 en las dosis completa, media y tercera parte, respectivamente. Entre los que recibieron la vacuna contra Hib y la DPT combinada, la GMCs fueron 6.4, 5.2 y 5.7 en la dosis completa, media y tercera parte respectivamente. **Conclusiones:** Los lactantes vacunados con regímenes de dosis fraccionadas, alcanzaron niveles de anticuerpos protectores. Estos regímenes pueden disminuir los costos de la vacuna contra Hib y ser accesibles a países que actualmente no pueden costearla.

Salvando más niños

Alemán Jorge, Brannstroms L, LÍUestrens I

Introducción: En 1985 la tasa de mortalidad infantil para León era 87 x 1000 rnv y en su único hospital general (HEODRA), la mortalidad neonatal temprana fue de 56 x 1000 rnv la cual es alta en

relación a otros hospitales del país. Situación discutida a nivel nacional. Implementándose medidas de intervención. **Propósito:** Describir un sistema de monitoreo

para la mortalidad neonatal hospitalaria identificando componente claves. Discutir mecanismos para sostener este descenso. **Método:** La información se obtuvo mediante recolección de memos, estadísticas oficiales, entrevistas con personal hospitalario y personas claves (Directores de Hospitales y Servicios), investigaciones de terreno, grupos de enfoque al personal y madres.

Resultados: Se hacen modificaciones en procedimientos de rutina (hábitos higiénicos, lactancia materna, control térmico, etc.) en equipos e instrumentos. Se hacen capacitaciones a médicos y enfermeras, midiéndose su impacto. La mortali-

dad neonatal disminuye hasta 11 en 1993 y 9 x 1000 rnv en 1996. Se mide la satisfacción en madres y personal con respecto a la sobrevida neonatal.

Conclusiones: El análisis sistemático de fallecidos, el involucramiento del personal, las decisiones sanitarias, revisión de normas, implementación de un enfoque de riesgo para asistencia neonatal y el trabajo de personas claves son LAS DETERMINANTES MAS IMPORTANTES DE ESTE PROCESO DE CAMBIO. **Palabras Clave:** mortalidad neonatal, enfoque de riesgo.

Meningitis por *Streptococcus pneumoniae* en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Eduardo Suárez Castañeda.

La meningitis bacteriana es una enfermedad aguda que presenta características propias en la infancia, constituyendo una verdadera emergencia médica, ya que si no se establece un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, la morbi mortalidad presentada por esta terrible enfermedad, se verá notablemente aumentada.

El propósito del presente trabajo es conocer las características clínicas y de laboratorio de los casos identificados como Meningitis bacteriana producida por el *Streptococcus pneumoniae*; el tipo de estudio es longitudinal retrospectivo. Revisión de casos clínicos, comprendido del 1º de Enero de 1998 hasta el 31 de Diciembre de 1999. el método estadístico empleado es de análisis simple.

Resultados. En el período que comprendió el presente estudio, se atendieron un total de 115 casos de Meningitis bacteriana, de los cuales, en 30 casos (26%) se identificó al *Streptococcus pneumoniae* como el agente causal de la enfermedad. La mortalidad observada en estos pacientes correspondió a 2 casos (6.6%). Los síntomas observados más frecuentemente fueron: fiebre, vómitos y convulsiones. La sensibilidad del *Streptococcus pneumoniae* fue: Penicilina (100%), Oxacilina (100%), Ceftriaxona (100%), Cefepime (100%), **Vancomicina(100%)**. **Conclusiones y Recomendaciones.**

1. El *Streptococcus pneumoniae* es un agente importante en los niños menores de cinco años de edad.

2. Debido a la mortalidad y morbilidad presentada en esta enfermedad, es necesario que el Médico Pediatra desarrolle habilidades especiales que le permitan una rápida y temprana identificación de los casos de meningitis bacteriana.
 3. Es importante que los laboratorios de bacteriología, introduzcan métodos de diagnóstico que permitan una rápida y efectiva identificación del patógeno causante de la enfermedad.
 4. En todos los hospitales de la región se deben llevar a cabo estudios que permitan conocer la sensibilidad y resistencia del *Streptococcus pneumoniae*.
-

Manejo conservador de la fuga de aire comparado con la terapia de lavado de nitrógeno en recién nacidos

Heriberto Martínez, L. Martínez, C. Aguilar, J. Paniagua.

Objetivo. Demostrar que no es necesario utilizar oxígeno al 100% como tratamiento en recién nacidos con neumotorax espontáneo sin repercusión hemodinámica.

Metodología. Estudio prospectivo, caso control, transversal analítico, que se realizó de marzo a agosto de 1999, en el Hospital Materno Infantil I° de mayo del ISSS. Los pacientes se distribuyeron al azar en dos grupos: A) Recién nacidos con $Fi(>)$ necesaria para mantenerlos normoxémicos. B) Con FiO_2 al 100%.

Se observaron por un período de 96 horas. Se les tomaron gases y Rx de tórax para **confirmar** su diagnóstico y evolución clínica. Se les realizó ultrasonografía transfontanelar con la finalidad de

buscar medias aritméticas y éstas se compararon con el método de Análisis de Varianza de una sola vía.

Resultados. Se incluyeron 15 pacientes: 8 con FiO_2 al 100% y 7 con FiO_2 de 0.4-0.6%. la PaO_2 fue el doble en el grupo B (139.2 vs. 70 mm Hg), la comparación estadística mostró diferencia significativa ($p<0.05$). El tiempo de resolución de la fuga de aire fue similar en ambos grupos.

Conclusiones. Nuestro estudio refleja que no hay diferencia entre usar o no "La Terapia de Lavado de Nitrógeno", pero que ésta terapia lleva el riesgo de hiperoxemia.

Programa nacional: cursos de reanimación nacional una estrategia para disminuir la mortalidad neonatal

Osear F. Segreda Rodríguez

Propósito del Trabajo: Capacitar persona! involucrado atención del Recién Nacido en Reanimación Neonatal.

Método utilizado: Programa dos años plazo. Se imparten Cursos de acuerdo estándares de Academia Americana de Pediatría, USA. Cursos impartidos por veinte Instructores Nacionales. Grupos de diez personas con dos Instructores por Curso.

Existe un calendario para cada año de! programa que se imparte en las maternidades del país tanto a nivel Institucional como privado. Cursos 30 horas efectivas, rige para Carrera Profesional, incorporado Programa de Certificación / Recertificación Colegio de Médicos y Cirujanos. Costa Rica. **Requisitos aprobación:**

Saberse Manual reanimación Neonatal Academia Americana de Pediatría en Español de memoria antes de recibir el Curso. Asistencia obligatoria 100%. Nota mínima para aprobar el Curso de un 85%. Se incorporan temas: Estado actual de la Mortalidad Neonata!, costa Rica y Transporte Neonatal como complemento en manejo de Neonato, sobre todo gravemente enfermo.

Resultados: Se presenta el informe del Primer año de trabajo abril de 1999 a mayo del 2000, los Cursos impartidos, el personal participante y una evaluación al Programa para mantener y mejorar la calidad.

Conclusiones: Este programa forma parte de las estrategias nacionales que contribuyen a disminuir la Mortalidad infantil de costa Rica, que para 1999 fue de 11.77, la más baja en nuestra historia nacional.

Rotavirus en niños menores de cinco años con diarrea aguda

Ojeda R. Juan José, Rocha A', Silva S.

Objetivo. Conocer la frecuencia y las características de la diarrea aguda por Rotavirus en niños menores de cinco años que acuden espontáneamente a la unidad de rehidratación oral del Hospital Infantil MJR, "La Macota"

Material y Método. Estudio descriptivo de corte transversal Se incluyeron 89 niños menores de cinco años con diarrea aguda que acudieron espontáneamente a la unidad de rehidratación oral del Hospital Infantil, MJR, a los cuales se les lie-

nó formulario precodificado y se les tomó una muestra de heces, que fueron conservadas a temperatura de menos 20 grados hasta el momento de su procesamiento.

La determinación del Rotavirus (antígeno VP6) en la muestra fecal se realizó con técnica de análisis inmunoenzimático (ELISA) utilizando anticuerpos policlonales que detectaron los antígenos virales del Rotavirus del grupo A (ÍDEIA TM Rotavirus, DAKO Diagnostics Ltd). La lectura de resultados se realizó cuali-cuantitativamente, primero de forma visual por captación del colorante (azul), y por espectrofotometría, considerándose positivo un nivel de absorbancia mayor de 0.2. **Resultados.** Se estudiaron 89 niños, de los cuales el 69.7% (62/89) tuvieron antígenos de Rotavirus del grupo A positivos en las heces. El grupo de edad más afectado fue el de 7 a 12 meses con 37.1% (23/62). De los niños con diarrea aguda por Rotavirus el 72.6% (45/62) tuvieron un estado nutricional (P/T) normal. Las características de las evacuaciones diarreicas por Rotavirus en su mayoría fueron líquidas 77.4% (48/62), de aspecto claras 53.2% (33/62). Los signos y síntomas más frecuente asociados a la diarrea aguda por Rotavirus fueron vómitos 87.1% (54/62) y fiebre 58.1% (36/62). El estado de hidratación en la mayoría de

los niños con diarrea aguda por Rotavirus fue deshidratación leve 62.9% (39/62). De los factores socioculturales se encontró que el 87.1% (54/62) de los niños con diarrea aguda por Rotavirus habían recibido lactancia materna y de estos los niños en el primer mes de vida presentaron menos diarrea aguda por Rotavirus, aunque no se encontró correlación estadística. Del total de niños con diarrea aguda por Rotavirus, tomaron leche artificial el 69.3% (43/62) y la iniciaron desde el nacimiento el 25.5% (11/43), esto se relacionó con mayor número de casos de diarrea por Rotavirus en el hogar. La mayoría de los niños con diarrea aguda están al cuidado de la madre 69.4%. Otro caso de diarrea en el hogar fue de 14.5% (9/62). Las sales de rehidratación oral fueron recibidas en el 80.6% (50/62.9) y los antibióticos en el 27.4% (17/62). **Conclusiones.** La diferencia de Rotavirus en diarrea aguda fue del 69.7% (62/89). El grupo de edad más afectado fue el del primer año de vida (7 a 12 meses), las evacuaciones diarreicas en su mayoría fueron líquidas, claras y abundantes. La alimentación con leche artificial y la presencia de otro caso de diarrea en el hogar se relacionaron con diarrea aguda por Rotavirus. El tratamiento previo en la mayoría de los casos de diarrea aguda Rotavirus fue suero oral. Hay un número importante de niños que recibieron antibióticos.

Dolor abdominal recurrente en niños asociado a gastritis por *Helicobacter pylori*

Tovar Sandra, Cáceres Cesar, Murillo Edgardo, Lie. Palma Filomena.

Introducción. En la actualidad se ha demostrado que existe una relación entre gastritis y ulcera péptica con la presencia de infección por *Helicobacter pylori* (HP), aunque sigue siendo controversial la relación entre dolor abdominal recurrente (DAR) e infección por HP en niños.

Objetivos. El objetivo de este estudio es determinar si existe relación entre DAR e infección por HP en niños.

Material y Métodos. Se hizo un estudio prospectivo transversal en 100 niños que asistieron al Hospital Materno Infantil, desde junio de 1996 a

abril de 1998. se incluyeron a todos los niños de 0-15 años con DAR, según el criterio de Apley, se excluyeron a los que se les identificó patología crónica de base. A todos los pacientes se les realizó endoscopia gastrointestinal alta, con estudio histológico, prueba de ureasa rápida y cultivo con medio microaerofílico. Se dividieron en 3 grupos; Grupo I: pacientes con gastritis crónica asociada a infección HP. Grupo II: gastritis crónica sin HP. Grupo III: Otras causas de DAR. **Resultados.** De los 100 niños con DAR, 53 fueron niñas y 47 varones, la edad promedio fue de 8.8 más o menos 3.9, con un rango de 3 meses a 15.7 años. En el Grupo I: (con gastritis asociada a HP) se encontraron 69 niños, en el Grupo II (gastritis sin HP): 15 niños y en el grupo III (Otras causas de

DAR): 16 las manifestaciones clínicas que se relacionaron más frecuentemente con el dolor fueron: vómitos, hiporexia y detención de peso, sin diferencias estadísticamente significativas en los Grupos I y II. En el Grupo I y II el hallazgo endoscópico más frecuentemente encontrado fue gastritis. En el estudio histológico se encontró gastritis crónica superficial activa en todos los niños del Grupo I, y gastritis crónica inespecífica en el Grupo II.

En el Grupo I, el grado de colonización de la bacteria fue leve en la mayoría de los pacientes (75%).

Conclusión. Si existe una fuerte asociación entre DAR en niños y enfermedad ácido péptica con infección por HP.

Leishmaniasis cutánea atípica (LCA) en Honduras

Uzardo GA, Ponce £, Sierra A.*

Propósito. Caracterizar el cuadro clínico, el agente etiológico, crecimiento físico, y la respuesta terapéutica de pacientes con LCA provenientes de zonas endémicas de Honduras. **Materiales y Métodos.** Se incluyeron 27 pacientes diagnosticados con LCA atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Escuela, en el período septiembre 1999 a marzo 2000. los pacientes fueron estudiados con: frotis de las lesiones, cultivos y anticuerpos monoclonales. En un subgrupo se hizo además análisis isoenzimático, test de Montenegro, y biopsia de piel. Para la valoración del crecimiento se utilizaron tablas de referencia.

Resultados. Se incluyeron 17 del sexo masculino y 10 del sexo femenino con un promedio de edad de 9.4 años. Los pacientes provenían en su mayo-

ría de la región sur del país. El tipo de lesión predominante consistió en pápulas y/o placas; 23 pacientes (85%) presentaron lesiones en cara. Dichas lesiones eran no ulceradas, con eritema leve en su mayoría, localizadas en áreas expuestas, asintomáticas, y de evolución crónica. Un total de 9 pacientes (33%) tuvieron peso por debajo del Percentil 5 y en 14 pacientes (52%) su talla estaba por debajo del Percentil 5. sin embargo, la relación peso/talla de los pacientes era normal. La caracterización de las especies fue posible por medio del análisis isoenzimático, reportando *L. chagasi* (26 casos) y *L. mexicana* (1 caso).

Conclusiones. La LCA es altamente endémica en la zona sur de Honduras siendo la *L. chagasi* el agente causal predominante. La mayoría de los casos presentaron deficiencias en su crecimiento

posiblemente asociadas a una inadecuada nutrición.

Palabras Clave: leishmaniasis cutánea, leishmaniasis cutánea atípica, L. chagasi.

Internet y la educación médica

Jesús Alberto Pineda

Internet es un sistema universal de computadoras entrelazadas en mundo virtual disponible a los seres humanos, que permite la transferencia de información de manera inmediata de la red. Entre las utilidades más importantes se destacan el uso de la comunicación de persona a persona a través del e-mail o correo electrónico en donde usted puede enviar y recibir información en cualquier parte del mundo de manera rápida. Usted puede hacer compras a cualquier tienda disponible del globo terráqueo y tenerla en la puerta de su casa en fracción de horas evitándose el costo de viajar fuera de los límites de su ciudad o de su país. Puede visitar ciudades, museos, librerías, centros turísticos o acceder a páginas de diversión, cine, música, literatura, enviar flores, comprar boletos de avión, hacer reservaciones, puede hacer inversiones, abrir o hacer movimientos en la banca, enterarse **de las** noticias más importantes del mundo político, social o deportivo, suscribirse a revistas, buscar materiales de referencia, juegos electrónicos. Las posibilidades de educación médica continua son ilimitadas en volumen, espacio

y tiempo, considerando el tiempo que se necesita para la producción de un libro o la edición de una revista, además del intercambio teórico y práctico que se puede establecer con un grupo de científicos ya conocidos. Algunos sitios de interés: Política Médica (**News:talk.politics.medicine**); Forum de médicos (News:bit.listserv.medforum); Discusiones de educación médica (News: misc, education.medical).

Otros sitios de interés para médicos:

www.thelancet.com ;	www.medicalpost.com
www.healthseek.com ;	www.merk.com
www.w3.or	www.medguide.nel ,
www.medicalpost.com	www.medaccess.com
www.netmedicine.com	www.cmea.com
www.mwsearch.com	www.hon.ch
www.gen.emory.edu	www.acsion.orghtml
www.gnn.com	www.medscape.com
www.screen.com	www.laf.net
www.mdehoice.com	www.pdrnet.com
www.mednet-i.com	