

DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION BIBLIOGRAFICA EN SALUD

□ Licda. M. de los Angeles MORA Ledezma

Hay diferentes tipos de fuentes de información bibliográfica (FIB); entre ellas podemos incluir las **primarias**, como los libros y las revistas, en las cuales encontramos directamente la información. Otras son las fuentes **secundarias**, que remiten a una FIB primaria. Las fuentes secundarias incluyen los **índices**, index o índices, que abarcan una gran cantidad de temas y ofrecen, específicamente, las citas bibliográficas, que constan de los siguientes datos, en su orden: nombre del autor(es); título del artículo; subtítulo, en algunos casos; título de la revista; volumen; número; mes; año; número de referencias (si las incluye) y el idioma en que se escribió originalmente el artículo. Este orden de los datos puede variar, según las diferentes fuentes que consultemos.

Entre muchas de estas fuentes secundarias para el área de la salud, existen algunos buenos ejemplos de **índices**, como son: el Index Medicus, el Index to the Dental Literature, el Pharmindex, etc. Otros tipos de FIB secundaria con que podemos guiarnos y enriquecer nuestros conocimientos, a la vez que mantenernos actualizados, son los **abstracts** o Resúmenes. Estos no ofrecen las citas bibliográficas completas y un resumen analítico del contenido esencial de los artículos recién publicados en la revistas, congresos, simposio, seminarios, actas, etc.. Los Resúmenes facilitan al usuario la valoración del documento y la localización de la fuente primaria, de la que se puede obtener la información requerida por el investigador. Algunos de estos Abstracts disponibles en el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información SIBDI de la Universidad de Costa Rica, son: Excerpta Médica, Chemical Abstracts, Biological Abstract, etc.

Las **Bibliografías**. Son otro tipo de FIB secundarias que nos ofrecen citas bi-

bliográficas completas, pero que, a diferencia de los Índices, tratan de temas o materias específicas o especializadas; como ejemplo tenemos: "*Bibliography of History of Medicine*", "*Bibliografía Especializada sobre Salud Pública*."

En otro grupo especial de FIB secundarias, tenemos los **Advances** o Avances. Son, como su nombre lo indica, avances o adelantos de investigaciones en curso, de gran interés para el mundo científico, que busca actualización constantemente. Entre ellos tenemos **Advances** en: química clínica, investigaciones en drogas, inmunología, lípidos, parasitología, virus, etc. Algunos títulos conocidos son: **Advances** in Drug Research, **Advances** in Immunology, **Advances** in Virus Research, etc.

Los **Annual Reviews**, Revisiones Anuales, son investigaciones terminadas que generalmente se publican una vez al año, y en algunas oportunidades dos o tres veces, sobre el mismo tema; en el SIBDI podemos encontrar **Annual Reviews** sobre medicina, neurología, farmacología, etc. (por ejemplo: **Annual Review of Toxicology**, **Annual Review of Physiology**, etc.).

Estas dos últimas fuentes, Avances y Revisiones Anuales, presentan tablas de contenido para cada artículo, el artículo completo y una valiosa bibliografía muy extensa, actualizada y especializada al final de cada artículo. El formato de ambas fuentes es muy similar al de un libro.

Otro tipo de FIB, que tiene características diferentes pero de gran utilidad, es el **Current Contents**, el cual incluye diferentes secciones, tablas de contenido de las principales revistas publicadas y de algunas que aún están en prensa.

BIBLIOGRAFIA ESPECIALIZADA Y ANOTADA SOBRE VACUNACION Y REVACUNACION CONTRA SARAMPION.

1. Adu, F.D. et al. Bajas tasas de seroconversión a la vacuna contra el sarampión entre los niños nigerianos. *Bulletin of the World Health Organization*. 70(4): 457-460. 1992.

RESUMEN

Se estudia el Programa Expandido de Inmunización (PEI) de Nigeria, dándole énfasis a la inmunización contra sarampión. De 150 niños que recibieron la vacuna contra el sarampión en el Instituto de Salud Infantil de la Universidad de Ibadan, Nigeria, 82 (54.7%) seroconvirtieron. La respuesta inmune fue directamente proporcional al título de las vacunas usadas. Las vacunas cuyos títulos fueron 10(-1) a 10(1.7) estimularon las respuestas inmunes en 0 a 25% de los vacunados; aquéllas cuyo títulos estaban en el rango 10(-2.1) a 10(-2.5) estimularon respuestas en 12 a 47.6% mientras que las de títulos entre 10(-2.7) y 10(-3.4) estimularon respuestas en 87.5 a 100% de los vacunados. Solo una, de las vacunas usadas, tuvo un título que llenó el estándar mínimo requerido por la OMS, de log (-3), TCID₅₀, en el momento de vacunación.

2. Agoes, M.M. et al. La epidemia de sarampión de 1988-1989 en Hungría: tributo a la falta de vacuna. *International Journal of Epidemiology*. 21(5): 1007-1013. Oct. 1992. Eng.

RESUMEN

Hungría ha tenido un exitoso programa de vacunación contra el sarampión, logrando arriba del 93% de cobertura en grupos seleccionados. Sin embargo, desde septiembre de 1988 hasta diciembre de 1989, fueron reportados 17.938 casos de sarampión entre la población civil, (tasa de ataque = 169 por 100.000 habitantes), con la mayoría de

□ CEPAS

los casos ocurriendo en gente vacunada. Se analiza, en este artículo, datos del censo nacional, con el fin de determinar las razones del disturbio o explosión de la enfermedad, así como los factores de riesgo para falla de la vacuna.

3. Berry, S. et al. Comparación de vacunas contra sarampión de las cepas Biken-CAM, Schwarz y Edmonston Zagreb de títulos altos, en infantes peruanos. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 11(10): 822-827. Oct. 1992. Eng.

RESUMEN:

En un esfuerzo por identificar las dosis y cepas óptimas contra sarampión, para inmunización temprana, se escogió al azar a varios infantes peruanos para que recibieran una de las tres vacunas contra sarampión en dosis variables, a los 5 a 6 u 8 a 9 meses de edad. Las vacunas Edmonston-Zagreb fueron más inmunogénicas, significativamente, que títulos equivalentes o más altos de las vacunas Schwarz o Biken-CAM, según se determinó por respuestas a la neutralización de anticuerpos 3 meses después de la vacunación. Ochenta y dos por ciento de los infantes que recibieron la vacuna Edmonston-Zagreb de altos títulos a los 5 a 6 meses de edad desarrollaron concentraciones protectoras de anticuerpos contra sarampión, lo que es una tasa de respuesta similar a la observada luego de la vacunación con títulos regulares Schwarz (81%) o títulos altos Biken-CAM (81%), ambos a 8 a 9 meses de edad. No se notó diferencias significativas en las tasas de fiebre, rash u otros eventos adversos, en el grupo vacunado, a los 10 a 14 días posteriores a la vacunación. Aunque las vacunas de alto título son más inmunogénicas, en infantes muy jóvenes, que las vacunas regulares, debe asegurarse un largo término de confiabilidad antes que estas vacunas sean puestas en uso global.

4. Bondi, F.S. and Alhaji, M.A. El PEI en el Estado de Borno, Nigeria: impacto sobre las notificaciones de rutina de enfermedades y las admisiones hospitalarias. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 95(6): 373-

381. Dec. 1992. Eng.

RESUMEN

Un reporte anterior sobre el Programa Expandido de Inmunización (PEI) de Nigeria, que cubre de 1974 a 1988, no demostró un impacto claro del programa. El presente reporte procura determinar la efectividad del PEI en el Estado de Borno, Nigeria. Se analizan casos en notificaciones de rutina para difteria, pertusis, tétanos, tuberculosis, sarampión y neumonía, de 1985 a 1988; los datos sobre poliomielitis fueron excluidos, debido a la pobre documentación, mientras que sí se incluyeron datos, sobre neumonía, para efectos de comparación. También se realizó una comparación anterior (1983 a 1987) y posterior (1988 a 1991) de todas las enfermedades del PEI, en términos de las intensificaciones del programa por estratos específicos de edad entre las hospitalizaciones en pediatría del Hospital de Enseñanza de la Universidad de Maiduguri (único hospital de referencia para enfermedades infecciosas de la niñez). Los resultados muestran una aparente reducción en morbilidad por difteria, pertusis, tétanos, sarampión y neumonía; esto fue particularmente cierto después de una vacunación intensa, entre 1988 y 1991. La reducción en estas enfermedades del PEI y la neumonía, ocurrió a pesar de las condiciones socioeconómicas adversas prevalecientes y la ausencia de estrategias específicas de control para neumonía en Nigeria. Por otro lado, a pesar de la cobertura nacional de BCG de cerca del 90%, hubo un aumento reciente (1989-1991) en los casos registrados de tuberculosis en infantes y niños mayores en el estado de Borno. Se necesita intensificar otras medidas de intervención al lado de las actividades del PEI.

5. Burtrom, B. et. al. Severa epidemia de sarampión en Kenya occidental. *East African Medical Journal*. 69(8): 419-423. Aug. 1992. Eng.

RESUMEN:

Al investigar una epidemia de sarampión en el distrito de Siaya, se encontró que el agrupamiento de muchos ca-

sos de sarampión era un determinante importante de la mortalidad debido a esta enfermedad. Una gran proporción de los casos eran niños menores al año de edad. Las tasas de casos fatales fueron más altas que las reportadas previamente para Kenya, particularmente entre infantes. La eficacia de la vacuna fue del 18%. En este artículo se discuten formas alternativas para proteger a los infantes.

6. Clements, S.J. et al. La epidemiología del sarampión. *World Health Statistics Quarterly*. 45 (2-3): 285-291. 1992.

RESUMEN:

El sarampión es una enfermedad altamente infecciosa que tiene un impacto muy grande en la supervivencia infantil, particularmente en países en desarrollo. La importancia de entender la epidemiología de esta enfermedad se subraya por su habilidad de cambiar rápidamente frente a la creciente cobertura de inmunización. Todavía falta mucho por aprenderse acerca de su epidemiología y las mejores estrategias para administrar las vacunas contra el sarampión. Sin embargo, es claro que se puede lograr un tremendo progreso para prevenir la muerte y la enfermedad por sarampión con el conocimiento existente sobre el padecimiento y usando las vacunas asequibles actualmente, así como aplicando métodos bien probados para tratar los casos. La investigación, en las décadas venideras, puede proveer vacunas más efectivas para el uso en programas de inmunización. Para medidas efectivas de control de la enfermedad, se hace necesario un claro entendimiento de la epidemiología básica del sarampión.

7. Collinson, M.A.; Tollman, S.M. and Maluleke, F.R. Cobertura de vacunación en Mhala y Elim en 1990: un abordaje a sistemas de salud. *South African Medical Journal*. 82 (6): 420-423. Dec. 1992. Eng.

RESUMEN:

Este documento mide la implementación de la política de inmunización Ganzankulu de 1986, en 2 de los 6 cen-

tros de salud de las tierras nativas, Mhala y Elim. El análisis se concentra en factores que ayudan a explicar las diferencias entre dos distritos de salud, que caen bajo la misma administración central, así como en las diferencias demográficas y los factores claves, incluyendo la presencia de establecimientos de salud, basados en la comunidad y la asequibilidad de personal (incluyendo líderes de programas). La necesidad que tienen los planificadores de salud regionales de un completo y detallado conocimiento del sistema de salud a nivel distrital, y de sus posibles modificaciones, se considera vital para un efectivo planeamiento en salud. La falla de la política de Gazankulu en lograr sus objetivos, también refleja las consecuencias, a menudo no reconocidas, de la fragmentación existente en los servicios de salud.

8. Contardi, I.; Lusardi, C. and Cattaneo, G.G. Estudio comparativo de tres diferentes tipos de vacuna trivalente sarampión-rubeóla-parotiditis *Pediatrica Medica e Chirurgica*. 14(4): 421-424. Jul. -aug. 1992. Ita.

RESUMEN:

Se describen los resultados de un estudio clínico comparativo al azar y a doble ciego, en 201 infantes. la vacuna con las cepas Edmonston Zagreb, Rubin y Wistar Ra 27/3 fue muy bien tolerada. Hubo diferencias significativas en cuanto a efectos secundarios y, de acuerdo con los resultados obtenidos, los autores concluyen que la principal razón de la tolerancia se debe a la atenuación de las cepas de vacuna contra sarampión.

9. Davis, R. Control del sarampión en la década de 1990: perspectivas de prevención y erradicación con referencia especial al Africa. *Médecine Tropicale*. 52 (3): 285-289. Jul. -sep. 1992. Fre.

RESUMEN:

Una revisión del conocimiento obtenido sobre sarampión durante la década de 1980, llevó a establecer las prioridades de investigación para la década de 1990. Se hizo énfasis especial sobre

el calendario de vacunación, particularmente sobre el calendario de dos dosis, sobre la diseminación del virus de pueblos a país y en dos estrategias prolongadas, para los pueblos y para los países.

10. Dejonghe, P. and Parkinson, B. Beneficios y costos de la vacunación. *Vacuna*. 10(13): 936-939. 1992. Eng.

RESUMEN:

Los programas de vacunación patrocinados por la OMS y otras organizaciones han reducido dramáticamente las enfermedades en los países en desarrollo; sin embargo, aún existe la necesidad de extender las tasas de cobertura y de expandir el número de vacunas incluidas. En los países industrializados, donde la vacunación pediátrica es casi universal, habrá una oportunidad creciente de protección contra enfermedades que se han presentado en los últimos años.

11. Forsey, T.; Heath, A.B. and Minor, P.D. Estudio colaborativo para medir la calidad de las estimaciones de laboratorio sobre la potencia de las vacunas de sarampión de virus vivos. *Biologicals*. 20(3): 233-242. Sep. 1992. Eng.

RESUMEN:

Se llevó a cabo un estudio colaborativo para medir la variabilidad en la estimación de la potencia de las vacunas contra sarampión. Se observó, sobre todo, una variación media de 2.0 log 10 entre las estimaciones. Esto se redujo a una medida de 1.0 log 10 cuando se expresó cada potencia relativa a una vacuna de referencia. También se redujo la diferencia en la sensibilidad entre los ensayos de placa y los ensayos TCID50 al usar potencias relativas. Se demostró con ello el beneficio de incluir una preparación común de referencia en pruebas de vacunas. Para las vacunas ensayadas en este estudio, no fue necesario utilizar referencias de sarampión de las mismas cepas que las vacunas probadas. Por lo tanto, se recomienda que las vacunas contra sarampión sean probadas frente a una preparación única de referencia internacional.

12. Kourouma, K. et al. Vacunación contra el sarampión a los 6 meses de edad. *Annales de Pédiatrie*. 39(9): 566-571. Nov. 1992. Fre.

RESUMEN:

Se llevó a cabo una inmunización contra sarampión con la cepa Edmonston Zagreb en 71 infantes de seis meses de edad. La proporción de niños con inmunidad fue del 91% entre los 47 reexaminados entre los dos y tres años de edad. Estos resultados apoyan la recomendación, de la OMS, de que la inmunización contra sarampión debe darse a los seis meses de edad. En este artículo, además, se revisan las inquietudes de algunos salubristas acerca de posibles efectos adversos de la inmunización temprana contra sarampión (por posibles defensas inmunes disminuidas). También se examina la transferencia de anticuerpos maternos y la persistencia de estos anticuerpos en los niños. Los obstáculos a tales estudios en países en desarrollo, incluyendo la necesidad de flebotomías repetidas con centrifugación de especímenes y congelamiento de suero, pueden ser superados con el uso de muestras de sangre de mancha seca en papel de filtro, las cuales parece dan resultados confiables, aunque con valores un poco más bajos que los obtenidos con suero congelado.

13. Kroger, L. et al. Reactividad de la prueba dérmica a micobacterias atípicas, entre niños preescolares finlandeses sanos, vacunados con la vacuna BCG al nacimiento. *Acta Pédiátrica*. 81(11): 891-895. Nov. 1992. Eng.

RESUMEN:

Se estudió la reactividad de las pruebas dérmicas a tres sensibilizadores micobacteriales (*M. avium*, *M. fortuitum* y *M. scrofulaceum*), en 335 niños sanos vacunados con BCG al nacimiento. Se encontró que ocurría un decrecimiento significativo de la reactividad a los tres sensibilizadores, a medida que aumentaba la edad. Se había revacunado contra sarampión, parotiditis y rubéola a 31 (9%) de los niños todos de edades menores de 5.5 años. Estos, significativa-

mente, tuvieron tamaños mayores de las reacciones, contrariamente a lo que se había esperado. Los niños con dermatitis atópica (n = 19) tuvieron reacciones de tamaño más pequeños al sensibilizante *M. fortuitum*. Ni las infecciones respiratorias virales durante los seis meses precedentes, ni el contacto con mascotas o animales domésticos, tuvieron influencia alguna en los tamaños de las reacciones. La variación de las reacciones de sensibilidad fue mayor en niños preescolares vacunados con BCG al nacimiento. El valor diagnóstico de las reacciones de sensibilización en niños preescolares, necesita ser elaborado en estudios clínicos con micobacteriosis clínicamente demostrable.

- Liashenko, V.A.; Luminova, N.V. and krasnova, V.P. Una prueba de vacunación intranasal de adultos contra el sarampión: abordajes a un método alternativo de revacunación. *Coprosy Virusologii*. 37(2): 107-109. Mar. -apr. 1992. Rus.

RESUMEN:

Se estudió la seguridad y eficacia de una vacuna contra el sarampión de la cepa L-16, después de su administración intranasal, usando un atomizador, en adultos voluntarios. Los controles fueron adultos voluntarios a quienes se dió una dosis de la vacuna subcutáneamente. La vacuna contra sarampión aplicada subcutáneamente se usó en la misma dosis o en dosis doble. La administración intranasal de la vacuna prácticamente no causó efectos secundarios. Dentro de 14 a 60 días post-vacunación, los voluntarios en todos los grupos mostraron un aumento significativo en los títulos de anticuerpos contra el virus del sarampión determinado por la prueba de inhibición de la hemaglutinación. La dosis doble de vacuna administrada intranasalmente fue aproximadamente tan efectiva como una dosis única dada subcutáneamente.

- Lin, M. Un estudio de la tasa de vacunación contra sarampión y su nivel de anticuerpos en niños de 12 a 24 meses de edad en Guangxi, en 1989. *Chung Hua Liu Hsing Ping Hsueh Tsa Chich* [Chinese Journal of Epidemiology]. 13(3): 138-140.

Jun. 1992. Chi.

RESUMEN:

Este reporte describe la tasa de vacunación contra el sarampión (TVS), así como su título de anticuerpos en la prueba de inhibición de la hemaglutinación (IH), en 1842 niños de edades de 12 a 24 meses. La TSV fue de 99.57% pero la tasa positiva de IH fue sólo del 83.50%. La IH de 298 niños (blanco en estudio) se mantuvo negativa. Entre ellos, 6 niños no estaban vacunados y los otros sí tenían vacuna. La tasa negativa de IH alcanzó 16.50%. La tasa positiva de IH fue más alta en los niños en estudio que vivían en el área con transporte conveniente y temperatura atmosférica relativamente baja y que recibieron la vacuna contra el sarampión a los 8 meses de edad. De otra manera, la tasa de IH positiva fue más baja. Así, fueron propuestas algunas sugerencias para que antes de planear las sesiones de vacunación contra sarampión, se considere cuidadosamente factores como la antigüedad de la vacuna, la temporada de vacunación y el aumento de la dosis de vacuna.

- Marufu, T. El cambio etario en la ecología del sarampión y sus implicaciones en el control de la enfermedad. *Central African Journal Medicine*. 38(6): 208-214. Jun. 1992. Eng.

RESUMEN:

En la ciudad de Gweru la vacunación contra el sarampión comenzó en 1971. Con el advenimiento del Programa Expandido de Inmunización en 1981-1982, la cobertura de vacunación contra el sarampión aumentó, alcanzando sobre 80% en 1985 y después. A pesar de este esfuerzo de vacunación, las tasas de morbilidad por sarampión se mantuvieron altas y las epidemias continuaron ocurriendo periódicamente. Se argumenta que el cambio de la enfermedad, de grupos de edades muy jóvenes a grupos de niños mayores, junto con el hecho de que hay muchos vacunados entre los enfermos, significará que la transmisión continuará ininterrumpida. Se investigan las razones posibles para la persistencia de la transmisión en niños mayores y se concluye que se re-

quiere revacunación contra sarampión para interrumpir la transmisión de esta enfermedad.

- Morita, M. et al. Prueba inmunosorbente de ligado de enzima (ELISA) con microtítulos para anticuerpos de rubéola en suero humano: análisis por medio del método de línea paralela. *Kansenshogaku-Zasshi*, [Journal of the Japanese Association for Infectious Diseases]. 66(8): 1075-1083. Aug. 1992. Jap.

RESUMEN:

Se medieron anticuerpos contra el virus de rubéola en suero humano por medio de ELISA y se calcularon títulos de anticuerpos por el método de línea paralela. Las curvas de regresión-respuesta a las dosis de suero regular y de suero de la prueba que contenían anticuerpos IgG calculados por el método de línea paralela, mostraron alineación y fueron paralelas entre sí. Sin embargo, las líneas de regresión de suero positivo para anticuerpo IgM contra virus de rubéola no fueron paralelas entre sí en la región de baja dilución, pero sí lo fueron en la región de más alta dilución. Se observó una buena correlación entre los títulos de anticuerpos IgG contra rubéola medidos por el test de la inhibición de hemaglutinación (IH) y calculados por medio del método de línea paralela. El coeficiente de correlación fue 0.781. Estudios en curso, de títulos de anticuerpos IgG o IgM contra el virus de la rubéola en pacientes enfermos de rubéola o en vacunados con MMR, indicaron que el método ELISA fue más preciso y específico que el método IH. De esta manera, el método de prueba en línea usando ELISA, se considera un método más útil que la prueba convencional IH, para la detección y cuantificación de anticuerpos contra rubéola.

- Ohga, S. et al. La epidemia de sarampión en el distrito de Chikuhou, Fukuoka, Japón, en 1990: correlación entre nivel de inmunidad por grupos y tamaño de la epidemia. *Acta Paediatrica Japonica*. 34(4): 447-453. Aug. 1992. Eng.

RESUMEN:

Ocurrió una epidemia de sarampión

en el distrito de Chikuhou, en Fukuoka, Japón, de mayo a octubre de 1990, durante la cual 71 pacientes fueron atendidos en el Hospital Público de Itoda. Los archivos del hospital revelaron una gran epidemia en el pueblo contiguo a Kanada. Para caracterizar la epidemia se enviaron cuestionarios a todos los niños de edad preescolar en Itoda (respuesta efectiva del 73%) y en Kanada (respuesta efectiva del 76%); en ellos se solicitó información acerca de su historia sobre sarampión y la vacunación recibida. Se compararon los niveles inmunitarios por grupos de edad específica entre los dos pueblos y se hizo una correlación entre el nivel de inmunidad, por grupos y por el tamaño de la epidemia.

19. Palumbo, P. et al. Estudio poblacional de sarampión e inmunización contra el sarampión en niños infectados de Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH). *Pediatric Infectious Disease Journal*. 11(12): 1008-1014. Dec. 1992. Eng.

RESUMEN:

Este estudio reporta el curso del sarampión y los resultados de la inmunización contra éste en un cohorte de niños infectados con VIH. Se concluye que el sarampión es una enfermedad potencialmente fatal en niños infectados con VIH. Las estrategias de prevención están limitadas por las tasas bajas de inmunización MMR apropiadas a la edad, las respuestas pobres de anticuerpos a MMR en niños mayores infectados con HIV y por la reversión sérica (seroconversión).

20. Programa Expandido de Inmunización (PEI). Sobre la seguridad de las vacunas de sarampión de títulos altos. *Weekly Epidemiological Record*. 667(48): 357-361. Nov. 1992. Eng. Fre.

RESUMEN:

En algunos estudios de campo que evalúan el comportamiento de vacunas contra el sarampión, se ha encontrado resultados inesperados, que sugieren disminución en la sobrevivencia de los receptores de vacuna de altos títulos, en comparación con la vacuna de título regular, ambas administradas a los 9 me-

ses de edad. El panel recomendó que la vacuna de altos títulos derivada del aislamiento original Edmonston contra sarampión, no debe ser usada más en programas de inmunización. Los estudios de campo post-licencia de nuevas vacunas contra sarampión, deben tomar en cuenta los resultados del presente análisis. Se deberá estimular la realización de estudios adicionales y controles epidemiológicos detallados en poblaciones que han recibido vacunas de altos títulos.

21. Schlenker, T.L. et al. Inmunidad grupal contra sarampión. Asociación de tasas de ataque con tasas de inmunización en niños preescolares. *JAMA*. 267 (6): 823-826. Feb. 1992. Eng.

RESUMEN:

Objetivo: Examinar la asociación entre la incidencia de sarampión y la cobertura de inmunización entre niños de edad preescolar. Diseño: Se efectuó un estudio en el cual fue comparada la incidencia de sarampión con la cobertura de inmunización, en la región censada. Se controlaron los efectos independientes de raza y densidad de población. Lugar: El estudio se efectuó en Milwaukee, Wisconsin, USA. Conclusiones: Las mejorías leves en los niveles bajos de cobertura de inmunización entre los niños de dos años confieren protección sustancial contra las epidemias de sarampión. La cobertura del 80% o menos podría ser suficiente para prevenir epidemias de sarampión en una comunidad.

22. Shaikh, N. et al. Experiencia con una vacuna contra el sarampión fabricada en la India. *Indian Pediatrics*. 29(7): 883-887. Jul. 1992. Eng.

RESUMEN:

Se vacunó a 527 niños, de edades entre 7 meses y 2 años, con una vacuna contra el sarampión fabricada por el Instituto del Suero de la India. La tasa de seroconversión en niños que no tenían anticuerpos antes de la vacunación fue de 98.4%, según se probó en inhibición de la hemaglutinación (IH). El 90% de los niños que tenían anticuerpos contra sarampión antes de ser vacunados, mostró una elevación de dos veces o

más en anticuerpos en IH. Las reacciones secundarias de la vacuna fueron intrascendentes.

23. Takayama, N. et al. Inmunización de niños sanos con vacuna trivalente sarampión-parotiditis-rubéola (MMR) dada simultáneamente con la vacuna contra varicela. *Kansenshogaku-Zasshi*. [Journal of the Japanese Association for Infectious Diseases]. 66(6): 776-780. Jun 1992. Jap.

RESUMEN:

Se administró vacuna trivalente, conteniendo cepas de sarampión TD97, rubéola TCRB-19 y parotiditis NK-M46 (vacuna MMR), a un total de 116 niños sanos, de los cuales 50 fueron inyectados simultáneamente con vacuna contra varicela en el brazo contralateral. Las tasas de seroconversión para sarampión, parotiditis, rubéola y varicela en aquellos que recibieron ambas vacunas, MMR y varicela (grupo MMR+V), fue de 100% (44/44), 91% (39/43), 100% (46/46) y 95% (39/41), respectivamente. Y estas tasas fueron comparables a aquellas de sujetos que recibieron sólo la vacuna MMR, sea 100% (64/64) para sarampión, 95% (57/62) para parotiditis y 97% (58/60) para rubéola. 58 niños que recibieron la vacuna MMR fueron seronegativos para sarampión, rubéola y parotiditis antes de la vacunación y 51 (88%) de ellos se encontraron seropositivos contra todos los tres virus a las 6 u 8 semanas de la vacunación.

Entre los niños inyectados con vacunas contra varicela y MMR, 36 no tenían pre-anticuerpos contra sarampión parotiditis, rubéola y varicela. Se encontró seroconversión en suero posterior a todos los cuatro virus en 31 casos (86%). Las reacciones clínicas observadas con algunas vacunas fueron fiebre leve (17%) y exantema (5%). No hubo complicaciones de linfadenopatías, inflamación en las regiones parotídeas o meningitis. Los resultados indican que la administración simultánea de vacunas contra varicela y MMR, es un método seguro y efectivo para inmunizar niños contra estas cuatro enfermedades infecciosas.

24. Toraldo, R. et al. Efecto de la vacuna contra sarampión rubéola y paroti-

ditis (MMR) sobre las funciones de los neutrófilos polimorfonucleares, en niños. *Acta Paediatrica*. 81(11): 887-890. Nov. 1992. Eng.

RESUMEN:

Se examinó la adherencia, el rompimiento metabólico y la quimiotaxia de los neutrófilos polimorfonucleares (PMNs), en quince niños, antes y después de la administración de la vacuna MMR. En todos los niños, las funciones de los PMNs se redujeron significativamente al séptimo día. Se concluyó que la vacuna MMR suprime las funciones de los PMNs, sin consecuencias clínicas. Esto es debido probablemente a que las cepas atenuadas de virus de la vacuna no se replican en tejidos linfoides tan extensamente como lo hacen las cepas de tipo silvestre.

25. Widerhorn, N. Muy arriba de los rubíes: las fundadoras de "Every Child by Two", [Todo niño a los dos]. *Pediatr-Nurs*. 18(5): 508-509, 522. Sep. -oct. 1992. Eng.

RESUMEN:

La campaña "Every Child by Two", [Todo niño a los dos] fue fundada por Rosalyn Carter y Betty Bumpers, esposas de funcionarios electos prominentes, en respuesta al rápido incremento de casos de sarampión en los Estados Unidos en 1990. Ellas buscaron crear una red de líderes comunales quienes actuarían para lograr que los niños fueran inmunizados prontamente y quienes influenciarían la legislación para asegurarse que todos los niños menores de dos años fueran completamente inmunizados en el futuro.

26. Wu, V.H. et al. Inmunidad celular específica contra el virus del sarampión en pacientes con falla de vacuna. *Journal of Clinical Microbiology*. 31(1): 118-122. Jan. 1993. Eng.

RESUMEN:

Se estudió la respuesta del Linfocito T Citotóxico (LTC) al virus del sarampión en muestras sanguíneas de 13 pacientes con infección de sarampión en fases aguda y convaleciente temprana, quienes se infectaron a pesar de haber sido inmunizados previamente con vacuna de sarampión de virus vivos. También

se midió la respuesta del LTC al virus del sarampión (V.S.) en seis controles sanos, quienes habían recibido vacuna de sarampión de virus durante la infancia; asimismo, en cinco adultos sanos que tenían historia de haber padecido de sarampión natural. Todos los pacientes se recuperaron de la enfermedad, sin complicaciones. La infección de V.S. aguda se diagnosticó con base en los criterios de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) y midiendo los anticuerpos IgM e Inmunnoglobulina G (IgG) específicos contra V.S. Se concluyó que aunque no hay evidencia de deficiencias en la generación de inmunidad celular contra el V.S. en la mayoría de los pacientes que tenían falla de vacuna de V.S., un pequeño número de individuos puede fallar en el desarrollo de una respuesta de la célula T, adecuada, después de la infección.

27. Yang, G. Análisis de Caso de la incidencia de sarampión en el Sistema Nacional de Censo de Enfermedades, en 1990. Chung Hua Liu Hsing Ping Hsueh Tsa Chih, [Chinese Journal of Epidemiology]. 13(2): 79-81. Apr. 1992. Chi.

RESUMEN:

Este artículo describe el tiempo y áreas de distribución de 875 casos de sarampión en DSP en 1990 y discute la relación entre los casos de sarampión y la vacunación contra esta enfermedad. A través del estudio de casos en varios lugares con alta mortalidad, los autores encontraron que no había una alta cobertura de inmunización. Esta debería ser el primer factor de la incidencia del sarampión. Además, las técnicas de inmunización y la cadena de frío eran insatisfactorias, lo cual constituyó el segundo factor para esa incidencia.

28. Zotti, C. et al. Inmunizaciones compulsorias y no compulsorias: contraindicaciones percibidas por practicantes médicos. *Vaccine*. 10(11): 742-746. 1992. Eng.

RESUMEN:

Fue entrevistado un total de 284 médicos generales (PGs), pediatras y doctores de centros públicos de vacunación (DCPV), para investigar sus decisiones al inmunizar a niños con vacunas

compulsorias (difteria, tétanos, polio oral) y no compulsorias (sarampión, pertusis), en presencia de 19 historias médicas diferentes. Se observó una negativa a inmunizar en el caso de contraindicaciones falsas, falta de información, principalmente acerca de inmunizaciones no compulsorias, y dudas sobre las contraindicaciones reales de las vacunas de polio, sarampión y pertusis. La frecuencia de respuestas correctas a las preguntas hechas, fue significativamente mayor en el grupo con menos de 20 años de experiencia y los DCPVs mostraron estar mejor informados acerca de las inmunizaciones. Sin embargo, el papel crucial, jugado por el consejo de los PGs y los pediatras, podría prejuzgar el uso correcto de la inmunización activa.