



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año VI, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre de 1984

Evaluación de los servicios de inmunización

Por medio de la evaluación se mide el progreso realizado para alcanzar los objetivos establecidos. En lo que se refiere a las actividades de inmunización, el progreso realizado se evalúa según los objetivos del acceso, la prestación de servicios de inmunización, la cobertura y la disminución de la morbilidad.

Para que la evaluación sea eficaz hay que llevarla a cabo en cada uno de los niveles del programa: en el nivel operativo o de prestación de servicios, en los distritos o provincias, y a escala nacional. En los cuadros que figuran más adelante se señalan algunas pautas para la evaluación de la prestación de servicios y del programa a escala nacional.

Evaluación de la prestación de servicios

Evaluación semanal

El Cuadro 1 contiene cinco preguntas que pueden servir de base para la evaluación semanal de las actividades de inmunización.

Si no se observan problemas importantes en los cinco campos, es muy probable que el programa de inmunización esté funcionando eficazmente. Si se señalan problemas (por ejemplo, incumplimiento de las sesiones de vacunación, suministros insuficientes de vacunas y fallas del equipo para la cadena de frío), es preciso determinar las causas y tomar medidas correctivas.

CUADRO 1. Evaluación semanal de la prestación de servicios de inmunización

1. ¿Se llevaron a cabo todas las sesiones de inmunización previstas?
2. ¿Se dispuso de suficientes vacunas?
3. ¿Se revisó la refrigeradora diariamente y se llevó el registro de las temperaturas? ¿Las temperaturas se encontraban dentro de los límites apropiados (de +4°C a +8°C)?
4. ¿Se examina a todos los niños y a las mujeres en edad fértil que acuden al centro asistencial, incluidos los niños enfermos, para determinar su estado de inmunización? ¿Se les administra las vacunas necesarias?
5. ¿Se informó a las mujeres en edad fértil y a los tutores de los niños inmunizados sobre la necesidad de recibir las dosis adicionales y se les dijo cuándo debían regresar?

Evaluación mensual

Se señalan otros cinco indicadores para la evaluación mensual (Cuadro 2). Aunque se pueden escoger otros indicadores igualmente apropiados, para que el programa tenga éxito es importante realizar las evaluaciones de manera regular y sistemática, empleando un pequeño número de indicadores cuantificables.

CUADRO 2. Evaluación mensual de la prestación de servicios de inmunización

1. ¿Qué porcentaje del grupo destinatario correspondiente a este mes recibió la primera dosis de DPT? (El número de vacunas DPT dividido por 1/12 del número anual de nacimientos multiplicado por 100.)
2. ¿Qué porcentaje de niños vacunados con DPT (primera dosis) está recibiendo también la vacuna antisarampionosa? (El número de vacunas antisarampionosas dividido por el número de vacunas DPT multiplicado por 100.)
3. ¿Se están produciendo casos de enfermedad en los niños inmunizados? ¿De qué manera se pueden prevenir?
4. ¿En el centro de salud se están presentando casos de enfermedades evitables con la vacunación? ¿Por qué? ¿Qué medidas se pueden tomar para evitar esos casos en el futuro?
5. ¿De qué manera se puede informar mejor al público sobre la importancia y la necesidad de la inmunización?

Evaluación a escala nacional

En la evaluación a escala nacional hay que prestar especial atención a dos aspectos del programa: el rendimiento de las subunidades y el progreso realizado a escala nacional para alcanzar los objetivos. El primero requiere la vigilancia del rendimiento de cada unidad por medio de visitas de supervisión o la vigilancia indirecta

Índice

<i>Evaluación de los servicios de inmunización</i>	1
<i>El Sarampión en los Estados Unidos, las primeras semanas en 1984</i>	3
<i>Aumenta la cobertura de inmunización en Suriname</i> ..	6

CUADRO 3. Indicadores del rendimiento de la inmunización empleados en seis centros de salud

Centro	Número de sesiones previstas	Número de sesiones realizadas	Suficientes vacunas	Número de días en que la temperatura fue de 4°C-8°C sobre el número de días en que se controló la temperatura	Meta mensual de inmunización	DPT al mes	Antisarampionosa al mes
A	20	18	Sí	0/0	200	150	125
B	25	10	No	10/25	225	25	0
C	15	13	Sí	25/26	200	50	10
D	30	30	Sí	24/25	200	175	185
E	15	14	Sí	20/20	175	150	50
F	18	17	Sí	15/15	300	280	260

mediante el examen de los informes mensuales. La vigilancia de las unidades individuales permite identificar las que no funcionan de manera satisfactoria y que necesitan supervisión especial. En el Cuadro 3 se resumen los indicadores críticos escogidos de los informes de seis centros de salud.

Es posible que el Centro A no tenga problemas con el equipo para la cadena de frío, pero debido a la falta de datos sobre la temperatura, hay que efectuar un control inmediato para determinar si se trata de un problema de vigilancia o de falla del equipo. El rendimiento de los Centros B y C no es bueno: en el caso de B, se debe al incumplimiento de las sesiones de vacunación y a la falta de vacunas; y en el caso de C, se debe a la baja cobertura. Según los indicadores, los Centros D y F están funcionando bien. El Centro E tiene una buena cobertura con vacuna DPT (primera dosis), pero hay problemas con la vacunación contra el sarampión a los nueve meses, que casi siempre se deben a que no se informa a las madres y a la comunidad sobre la necesidad de la inmunización a los nueve meses y a que no se les indica cuándo deben regresar, o sea que se trata de un problema de comunicación.

Al evaluar el progreso realizado a escala nacional para la consecución de los objetivos, hay que examinar cinco campos:

- 1. Estrategias.** ¿Las estrategias de inmunización actuales son apropiadas para alcanzar las metas de cobertura y reducción de la morbilidad? ¿Se pueden mejorar las estrategias?
- 2. Adiestramiento.** ¿El personal encargado de las actividades de inmunización está capacitado para desempeñar eficazmente sus funciones? ¿Hay un programa regular de educación continua, comentarios sobre los resultados de las actividades y enseñanza durante las visitas de supervisión?
- 3. Logística.** ¿Funciona la cadena de frío? ¿Todas las unidades disponen de suficientes vacunas? ¿Hay suficientes jeringas y agujas hipodérmicas o se usa la misma aguja para inmunizar a varios niños?
- 4. Cobertura.** ¿Se están alcanzando las metas de cobertura de vacunación? ¿Se inmuniza a los lactantes antes de que estén expuestos a las enfermedades?

- 5. Reducción de la morbilidad.** El punto más débil de la evaluación, aunque el más importante, es la reducción de la morbilidad. Con frecuencia la inmunización es ineficaz debido al conocimiento insuficiente de la epidemiología de la enfermedad, la inmunización en una edad que no es la apropiada, y las fallas del equipo para la cadena de frío. El progreso alcanzado en la definición exacta de la población destinataria, el mejoramiento de la cadena de frío y el uso de una vacuna antisarampionosa más estable en temperaturas elevadas ha resultado en un mejoramiento significativo de la prestación de servicios de inmunización.

CUADRO 4. Indicadores del progreso realizado

Indicador	Método de medición
Acceso	— DPT (primera dosis) según la encuesta sobre la cobertura — DPT (primera dosis, total anual) dividido por el número de nacimientos y multiplicado por 100
Inmunización	— Vacunaciones notificadas en los informes mensuales
Porcentaje de niños inmunizados antes de cumplir 12 meses	— Encuesta sobre la cobertura
Porcentaje de nacidos vivos cuyas madres fueron protegidas con dos dosis de toxoide tetánico	— Encuesta sobre la cobertura
Incidencia del tétanos neonatal	— Estudios retrospectivos: 1981, 1985, 1989
Morbilidad por sarampión	— Notificación a escala nacional y vigilancia a cargo de centinelas
Cojera causada por poliomielitis	— Encuestas sobre la cojera y vigilancia a cargo de centinelas

Se dispone de técnicas para evaluar tres de las enfermedades objeto del PAI: tétanos neonatal, sarampión y poliomielitis. En esas evaluaciones se emplean cuatro clases de datos:

1. Datos sobre el estado de la población antes de la inmunización: morbilidad, mortalidad e incapacidad.
2. Datos epidemiológicos que identifican la población a riesgo.
3. Datos sobre la cobertura de vacunación.
4. Datos sobre la eficacia de la vacuna y los cambios en la incidencia de las enfermedades.

Es más difícil evaluar el efecto de la vacuna de toxoide diftérico, la vacuna contra la tos ferina, y especialmente el efecto protector de la BCG.

Indicadores para los programas

Un paso importante en la evaluación nacional es la selección de algunos indicadores críticos que se puedan medir y expresar cuantitativamente a fin de vigilar el progreso realizado para alcanzar los objetivos. En el Cuadro 4 figuran algunos indicadores escogidos y posibles métodos de medición.

El uso de indicadores cuantitativos por los supervisores y los directores de los programas permite a los encargados

de la adopción de decisiones documentar el progreso y señalar los problemas. Si no se obtienen los resultados previstos, se pueden emplear nuevas estrategias para aumentar la eficacia del programa.

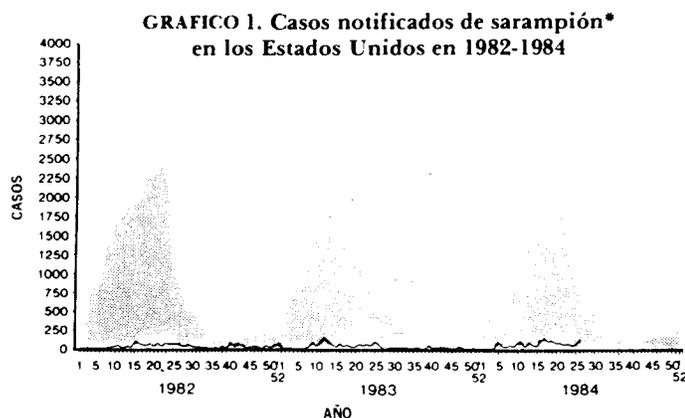
Es importante recordar que no conviene establecer una metodología complicada que obligue al personal de los distintos niveles a cargo de la inmunización a formular más preguntas que las necesarias o que lleven mucho tiempo y sean difíciles de comprender. A fin de vigilar el progreso realizado y señalar los problemas de manera sistemática, hay que preparar preguntas claras y sencillas que permitan obtener información sobre los procesos y los resultados claves del programa.

Por medio de la evaluación se mide el progreso realizado para alcanzar ciertos objetivos cuantitativos. Cuando se alcanzan esos objetivos, hay que informar al personal de salud y a las personas que proporcionan apoyo. Si no se alcanzan los objetivos, hay que buscar las causas y las soluciones. Ese proceso de indicación y solución de los problemas es esencial para el desarrollo no interrumpido de los programas de inmunización.

Fuente: Dr. Stanley O. Foster, Oficina de Programas Internacionales de Salud, Centros para el Control de las Enfermedades, Atlanta, Georgia.

El sarampión en los Estados Unidos, las 26 primeras semanas de 1984

Durante las 26 primeras semanas de 1984 se notificó, en forma preliminar, en los Estados Unidos un total de 1,759 casos de sarampión (o sea una tasa de incidencia de 0,8 por cada 100,000 habitantes) (Gráfico 1). Ello representa un aumento del 60,6% en comparación con los 1.095 casos notificados durante el mismo período en 1983 (0,5/100,000). Hubo un total de 1.234 casos (70,2%) en solo cuatro estados—Michigan (430), Texas (377), California (267) e Illinois (160). Nueve estados (Nuevo México, Michigan, Hawaii, New Hampshire, Texas, Washington, Utah, Illinois y California) y la Ciudad de Nueva York tuvieron tasas de incidencia de 1/100,000 ó más.



Aunque la tasa general de incidencia aumentó, el número de estados que notificaron casos de sarampión disminuyó en las 26 primeras semanas de 1984 en comparación con el mismo período de 1983. Veinticuatro estados informaron que se no había registrado ningún caso de sarampión (natural o importado) en comparación con 22 estados y el Distrito de Columbia durante el mismo período de 1983. En 1984, 80 (2,5%) de los 3.139 condados que comprenden el país notificaron casos de sarampión en las 26 primeras semanas en comparación con 95 (3,0%) durante el mismo período de 1983 (Cuadro 1).

CUADRO 1. Distribución geográfica y tasas de incidencia* de casos de sarampión registrados en los Estados Unidos en las 26 primeras semanas de 1983 y 1984.

	1983	1984
Número de casos	1,095	1,759
Tasa de incidencia ⁺	0.5	0.8
Estados sin sarampión	22	24
Condados sin sarampión	3,044 (97.0%)	3,059 (97.5%)

*Datos provisionales
⁺ Por cada 100,000 habitantes

*La línea sólida representa los casos notificados; la zona sombreada representa valores semanales máximos y mínimos durante un período de 5 años, 1977-1981.

Hubo 175 casos (9,9%) importados de otros estados o países—en promedio 6,7 casos semanales—en comparación con 174 casos durante el mismo período de 1983 (1).

En las 26 primeras semanas se suministró información detallada a la División de Inmunización de los Centros de Control de las Enfermedades sobre 1.765 casos. La diferencia entre ese número y los 1.759 casos notificados al *MMWR* indica demoras de notificación. De un total de 1.765 casos, 1.723 (97,6%) correspondieron a la definición clínica de casos de sarampión§ y 721 (40,8%) se confirmaron mediante exámenes serológicos.

En casi todos los pacientes de sarampión, la erupción apareció por primera vez entre la 9a y la 15a semana, siendo mayor en la 11a semana (130 casos) (Gráfico 2).

La edad de los casos notificados varió entre 1983 y 1984 (Cuadro 2). En 1983 las tasas de mayor incidencia correspondieron a niños de edad preescolar. En 1984 las tasas de las 26 primeras semanas fueron mayores para niños de 10 a 14 años que registraron un aumento de más del doble en las tasas de incidencia en comparación con las de 1983. De los 351 niños de edad preescolar afectados por sarampión en 1984, 92 (26,2%) tenían menos de 12 meses, 68 (19,4%), de 12 a 14 meses, 18 (5,1%), 15 meses y 173 (49,3%), entre 16 meses y 4 años. Los niños de 12 a 14 meses representaron 3,9% de los 1.765 casos.

De los 1.765 casos de sarampión, 911 (51,6%) habían sido vacunados, 776 (44,0%) al cumplir un año o poco después y 135 (7,6%) antes de cumplir un año (Cuadro 3). Un total de 854 (48,4%) personas estaban sin vacunar o tenían una historia de inmunización desconocida. En 21 casos (1,2%) un médico había diagnosticado el sarampión cuando las personas no habían sido inmunizadas.

CUADRO 2. Distribución por edad y tasas de incidencia estimadas* de los casos de sarampión† registrados en los Estados Unidos en 1983 y las 26 primeras semanas de 1984.

Edad	1983 (52 semanas) ^a			1984 (26 semanas) ^b		
	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa
0-4 años	451	31,5	2,6	351	19,9	2,0
5-9 años	160	11,2	1,0	201	11,4	1,3
10-14 años	195	13,6	1,1	515	29,2	2,9
15-19 años	382	26,7	2,1	470	26,6	2,4
20-24 años	163	11,4	0,8	137	7,8	0,6
≥25 años	80	5,6	0,1	91	5,1	0,1
Edad total conocida	1.431	95,6	-	1.765	100,0	-
Edad total desconocida	66	4,4	-	-	-	-
Total	1.497	100,0	0,6	1.765	100,0	0,8

*Casos por cada 100.000 habitantes, extrapolando los casos de edad conocida al total de casos reportados.

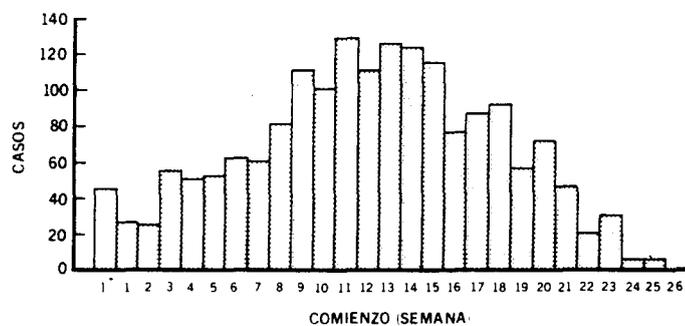
† Datos provisionales.

^a Total de casos notificados al *MMWR* en 1983.

^b Total de casos notificados a la División de Inmunización de los CDC durante las 26 primeras semanas de 1984.

§ Fiebre (38,3°C [101°F] ó más), erupción generalizada de tres días o más de duración y tos o coriza o conjuntivitis.

GRAFICO 2. Casos notificados de sarampión según la semana en que comenzó la erupción* en los Estados Unidos durante las 26 primeras semanas de 1984.



* No se notificaron las fechas correspondientes del comienzo de la erupción en 7 pacientes.

+ Comienzo de la erupción en 1983.

De los 1.765 casos, 610 (34,6%) se clasificaron como prevenibles§ (1) (Cuadro 4). La mayor proporción de casos prevenibles ocurrió entre personas que no eran de edad escolar. Más del 70% de los casos registrados en niños de 16 meses a 4 años y en adultos de 20 a 24 años eran prevenibles. Aunque más de la mitad de los casos prevenibles ocurrieron en personas de 5 a 19 años, solo 29,5% de los casos registrados en ese grupo se consideraron prevenibles. La proporción de casos prevenibles en ese grupo aumentó gradualmente con la edad.

De los 1.155 niños que tuvieron sarampión no prevenible, 178 (15,4%) eran demasiado pequeños para someterlos a inmunización ordinaria (15 meses o menos). Cincuenta y siete (4,9%) habían nacido antes de 1957; la vacunación no se recomienda de ordinario para ese grupo. De las 920 personas de 16 meses a 27 años de edad que contrajeron sarampión, 775 (84,2%) habían sido vacunadas al cumplir un año o poco después, 18 (2,0%) habían tenido sarampión diagnosticado por un médico, 32 (3,5%) habían contraído una forma importada de otros países y no eran ciudadanos estadounidenses y 41 (4,5%) estaban exentos de la vacunación bajo la ley del estado correspondiente. Además, 54 (5,9%) personas—reclutas de la Estación de Adiestramiento Naval de los Grandes Lagos—se consideraban inmunes porque habían acusado resultados positivos en una valoración indirecta de inmunoperoxidasa para detección de anticuerpos contra el sarampión antes de contraer la enfermedad (Cuadro 5).

Presentado por el Dr. N El-Tantawy, Facultad de Medicina de la Universidad de Emory, Atlanta, Georgia; División de Inmunización, Centro de Servicios de Prevención, Centros de Control de las Enfermedades.

§ Un caso se considera prevenible si la persona afectada es de nacionalidad estadounidense y si (1) tiene al menos 16 meses, (2) ha nacido después de 1956, (3) no tiene pruebas fidedignas de inmunidad contra el sarampión (recibo confirmado de la vacuna antisarampionosa de virus vivo al cumplir un año o poco después y al menos dos semanas antes de iniciarse la enfermedad, o sarampión diagnosticado por un médico o pruebas laboratoriales de inmunidad) y (4) si no hay ninguna contraindicación médica que le impida recibir la vacuna ni (5) ninguna exención religiosa ni filosófica bajo la ley del estado correspondiente.

CUADRO 3. Edad en que se administró la última vacuna antisarampionosa en los Estados Unidos durante las 26 primeras semanas de 1984.*

Edad de vacunación	Casos de sarampión	
	No.	%
<12 meses	135	7,6
12-14 meses	255	14,4
15 meses	34	1,9
16 meses-4 años	303	17,2
5-9 años	139	7,9
10-14 años	32	1,8
15-19 años	8	0,5
≥20 años	2	0,1
>12 meses ⁺	3	0,2
Sin vacunar o desconocida	854	48,4
Total	1,765	100,0

*Datos provisionales.

⁺Edad desconocida de vacunación, definitivamente mayor de 12 meses.

CUADRO 4. Distribución por edad y posibilidad de prevenir casos de sarampión en los Estados Unidos en las 26 primeras semanas de 1984*.

Edad	No. casos	No. prevenibles (%)	No. no prevenibles (%)
≤15 meses	178	0 (0%)	178 (100,0%)
16 meses-4 años	173	127 (73,4%)	46 (26,6%)
5-9 años	201	43 (21,4%)	158 (78,6%)
10-14 años	515	137 (26,6%)	378 (73,4%)
15-19 años	470	170 (36,2%)	300 (63,8%)
20-24 años	137	106 (77,4%)	31 (22,6%)
25-29 años	51	27 (52,9%)	24 (47,0%)
≥30 años	40	0 (0%)	40 (100,0%)
Total	1,765	610 (34,6%)	1,155 (65,4%)

*Datos provisionales.

CUADRO 5. Razones para clasificar los casos de sarampión como no prevenibles en los Estados Unidos durante las 26 semanas de 1984.*

Causas de los casos no prevenibles	No. casos (%)	Total casos (%) ⁺
1. Niños 16 meses (demasiado pequeños para vacunación ordinaria)	178 (15,4%)	(10,1%)
2. Niños nacidos antes de 1975 (no se recomienda la vacunación de ordinario)	57 (4,9%)	(3,2%)
3. Personas de 16 meses a 27 años	920 (79,7%)	(52,1%)
a. Vacunación en la debida forma (al cumplir un año o poco después)	775 (84,2%) ^a	
b. Diagnóstico previo de un médico	18 (2,0%)	
c. Casos importados de otros países (ciudadanos extranjeros)	32 (3,5%)	
d. Exenciones	41 (4,5%)	
1. Médica	4 (10%)	
2. Religiosa	16 (39%)	
3. Filosóficas	16 (39%)	
4. Exenciones no especificadas	5 (12%)	
e. Prueba laboratorial de inmunidad	54 (5,9%)	
Total	1,155 (100,0%)	(65,4%)

*Datos provisionales.

⁺1,765 casos.

^aExcluye a una persona vacunada con resultados satisfactorios y nacida antes de 1975.

Nota de la redacción: Aunque el número de casos de sarampión notificados ha aumentado en las 26 primeras semanas de 1984 en comparación con el mismo período de 1983, todavía es muy inferior al número registrado en la época anterior a la administración de la vacuna (1950-1962) cuando en promedio se notificaban anualmente más de 525,000 casos. Pese a la mayor prevalencia de sarampión en las 26 primeras semanas de 1984 en comparación con 1983, la distribución geográfica del sarampión es más restringida y concentrada.

Un total de 43,9% de las personas afectadas por sarampión en 1984 habían sido vacunadas en la debida forma. Ello está dentro de los límites previstos dada la elevada cobertura de vacunación en los Estados Unidos (2). Desde 1980, más del 95% de los estudiantes de kindergarten y primero elemental han demostrado tener inmunidad contra el sarampión. La mayor cobertura guarda una relación directa con una mayor proporción de personas vacunadas. En las evaluaciones epidemiológicas efectua-



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización
en las Américas

Programa de Salud Materno-infantil

Se ruega a nuestros lectores
que envíen sus artículos,
sugerencias y comentarios.

das recientemente se ha demostrado que la vacuna antisarampionosa tiene una eficacia de 90% ó más. La mayor prevalencia de sarampión en 1984 no parece deberse a la ineficacia de la vacuna.

Hay que asegurarse por todos los medios de que los niños de 10 a 14 años y los jóvenes de 15 a 19 tengan una prueba de su inmunidad antisarampionosa (3). La aprobación y el estricto cumplimiento del reglamento que exige que todos los estudiantes desde kindergarten hasta el último año de la escuela secundaria presenten una prueba de inmunidad son disposiciones importantes para garantizar una elevada tasa de inmunidad antisarampionosa (2).

Hay que poner especial empeño en la vacunación de grupos de edad preescolar y postescolar. Más del 70% de los casos registrados en adultos jóvenes (20-24 años) y niños de edad preescolar (16 meses a 4 años) eran prevenibles. Debería aprovecharse cualquier oportunidad para vacunar a los niños susceptibles contra el sarampión. En muchas facultades universitarias se ha comenzado a pensar en un reglamento que exija un comprobante de inmunidad antisarampionosa para fines de matrícula (4). Todas las instituciones donde se congregan adultos jóvenes deberían estudiar la posibilidad de exigir una prueba de inmunidad antisarampionosa.

Fuente: *MMWR* 33(35); 495-504, 7 de septiembre de 1984.

Referencias

1. Centros para el Control de las Enfermedades. Classification of measles cases and categorization of measles elimination programs. *MMWR* 1982, 31:707-11.
2. Centros para el Control de las Enfermedades. Measles Surveillance Report No. 11, 1977-1981, septiembre de 1982.
3. ACIP. Measles prevention. *MMWR*, 1982; 31:217-24, 229-31.
4. American College Health Association. Statement of immunization policy, noviembre 25 de 1983; 1-3.

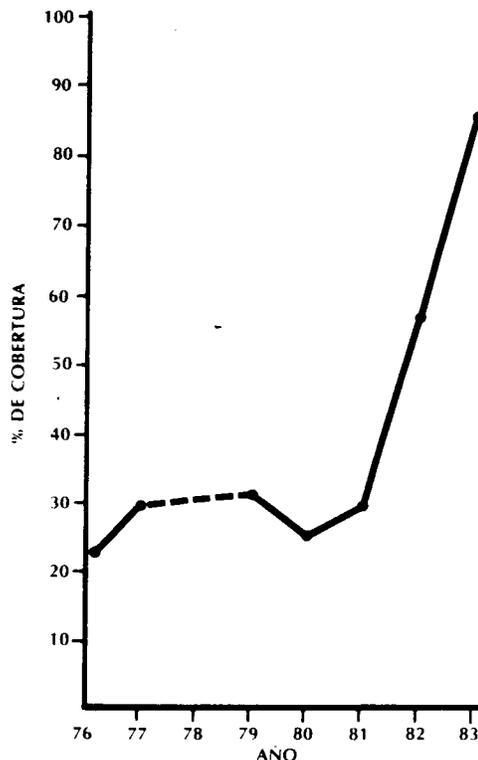
Aumenta la cobertura de inmunización en Suriname

La labor conjunta del PAI en Suriname ha resultado en un aumento del número de niños que han completado los planes de vacunación en 1983. La cobertura de niños menores de un año completamente inmunizados con tres dosis de vacuna DPT y antipoliomielítica pasó del 54% en 1982 al 85% en 1983 (véase la Gráfica No. 1).

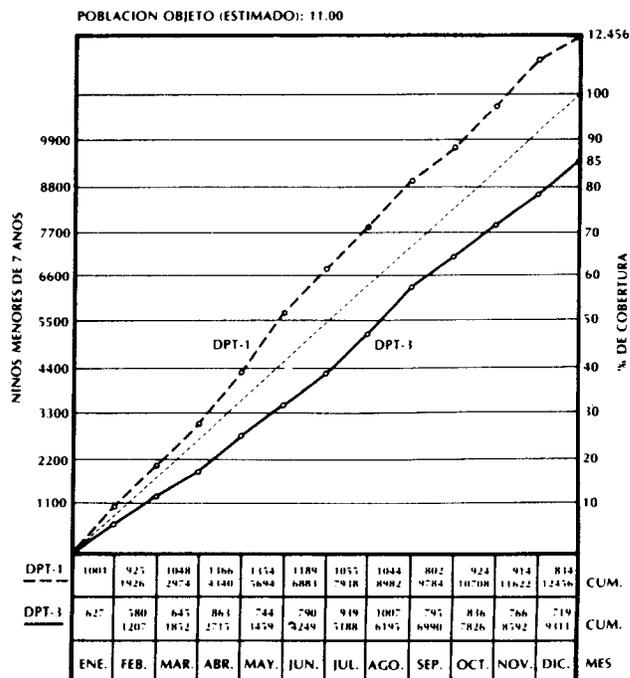
Los esfuerzos del personal de Suriname, que se caracteriza por su notable motivación, fueron respaldados por la promulgación de la Ley de Vacunación, que exige la inmunización completa de todos los niños (con tres dosis) contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis antes de que cumplan un año. No se permite la asistencia de los niños a las guarderías y a la escuela primaria si no tienen un certificado de vacunación, aplicándose sanciones o multas en caso de incumplimiento de la ley.

Aunque la tasa de cobertura fue muy alta en 1983, varios niños menores de un año recibieron la primera dosis de vacuna DPT y antipoliomielítica, pero no las dos siguientes (véase la Gráfica No. 2). Esa "tasa de deserción" (la

GRAFICA No. 1. Cobertura de los niños menores de un año con vacuna DPT y antipoliomielítica (tercera dosis), Suriname, 1976-1983.



GRAFICA No. 2. Cobertura de los niños menores de un año con vacuna DPT (primera y tercera dosis), Suriname, 1983.



Casos Notificados de Enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1 de enero de 1984 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1983, por país

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
		1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	11 Ago.	3,439	565	—	—	1 ^a	1	...	...	2	9	662	1,193
Estados Unidos	06 Oct.	2,331	1,280	3	4	47	63	...	...	1	3	1,764	1,866
CARIBE													
Antigua y Barbuda	15 Sep.	1	3	...	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bahamas	13 Oct.	33	2,846	—	—	1	—	—	—	—	—	—	8
Barbados	14 Jul.	3	3	—	—	2	5	—	—	—	—	—	—
Cuba	23 Jun.	2,436	2,038	—	—	5	11	—	—	—	—	51	192
Dominica	29 Sep.	35	1	—	—	—	1	—	1	—	2	1	11
Grenada	13 Oct.	8	268	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haití	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	22 Sep.	221	...	—	...	2	...	1	...	5	...	26	...
República Dominicana	16 Jun.	2,115	1,440	—	7	42	49	1	11	71 ^b	41	88	151
San Cristóbal-Nieves	15 Sep.	2	556	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	01 Sep.	12	58	—	—	—	1	...	...	—	—	—	—
San Vicente y Granadinas	03 Mar.	4	25	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	01 Sep.	3,294	1,846	—	—	12	11	—	—	—	—	—	—
MESOAMERICA CONTINENTAL													
Belice	06 Oct.	—	10	...	...	—	1	—	—	—	—	1	1
Costa Rica	11 Ago.	3	11	—	—	4	2	—	1	—	—	104	22
El Salvador	11 Ago.	3,018	1,453	11	54	43	31	27	22	10	11	292	311
Guatemala	31 Mar.	868	867	5	31	28	30	...	...	2	6	450	297
Honduras	22 Sep.	1,485	984	35	3	12	20	13	—	—	—	383	405
México	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	30 Jul.	106	...	—	...	...	...	...	...	—	...	32	...
Panamá	31 Ago.	285	481	—	—	4	4	3	9	—	—	118	126
SUDAMERICA TROPICAL													
Bolivia	21 Ago.	...	...	...	...	...	...	...	...	19	46	...	...
Brasil	19 Mayo	17,951	13,958	2	19	874	784	230	340	1,340	1,398	7,235	12,858
Colombia	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	16 Jun.	4,188	546	—	5	43	32	21	35	62	8	195	502
Guyana	21 Abr.	45	—	—	—	4	—	...	...	—	—	—	—
Paraguay	15 Sep.	472	648	—	9	54	46	60	95	8	3	391	174
Perú	22 Sep.	2,406	...	63	...	198	...	4	...	42	...	2,236	...
Suriname	19 Mayo	16	9	—	—	2	...	...	...	—	1	—	—
Venezuela	4 Ago.	5,714	...	—	...	...	...	...	...	1	...	814	...
SUDAMERICA TEMPLADA													
Argentina	07 Jul.	4,164	775	2	—	100	77	...	...	8	22	6,852	1,027
Chile	29 Sep.	2,816	3,692	—	—	19	22	...	...	103	67	537	105
Uruguay	28 Ago.	5	6	—	—	7	1	—	...	—	...	60	183

^a 09 junio

^b 31 mayo

* No se ha recibido informe para 1984

— Cero

... Información no disponible



La posibilidad de tener una niñez saludable es más alta si el niño es vacunado antes de cumplir su primer año de edad. (Foto: Julio Vizcarra Brenner, OPS)

diferencia entre la línea punteada, que indica DPT 1, y la línea entera, que representa DPT 3) varía de una región a otra y oscila entre el 1 y el 66%. La tasa nacional de deserción es del 25%. Muchos centros de salud han obtenido buenos resultados, pero los que presentan altas tasas de deserción y baja cobertura de vacunación recibirán

especial atención del personal local y de la Oficina de Salud Pública.

En Suriname se emplean varios métodos para reducir la tasa de deserción. Algunos centros de salud llaman por teléfono a los padres de los niños que no acuden a la cita en el dispensario para menores de cinco años, y otros efectúan visitas domiciliarias para atender a esos niños.

En 1983 fueron vacunados contra el sarampión 12.843 niños menores de cuatro años. De esa manera, la cobertura de los niños de 1 a 4 años alcanzó el 55%. Se han planeado actividades para que los padres lleven a los niños menores de cinco años al dispensario, a fin de aumentar la cobertura.

Se produjeron algunos problemas en el programa de vacunación escolar al observarse en los informes que en varias escuelas se habían inscrito niños que no estaban vacunados. Es preciso que los médicos regionales y el personal de salud obtengan la cooperación de los directores de las escuelas, poniendo de relieve la importancia de la inmunización y recordándoles que el incumplimiento de la Ley de Vacunación los hace pasibles de sanciones.

Los objetivos del PAI en Suriname para 1984 son:

- Administrar al 90% de los niños como mínimo la tercera dosis de vacuna DPT y antipoliomielítica antes de que cumplan un año.
- Reducir la tasa de deserción al 10%.
- Aumentar al 80% como mínimo la cobertura de vacunación contra el sarampión de los niños de uno a cuatro años.
- Vacunar completamente o administrar dosis de refuerzo a todos los escolares desde primero a tercer grado de las escuelas primarias antes del 1 de octubre de 1984.

Fuente: Welsly Bodha, Director del PAI en Suriname.

El *Boletín Informativo PAI* es una publicación bimensual, en inglés y español, preparada por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

Las referencias a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este boletín no significan que estos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

Editor: Ciro de Quadros
Editores Adjuntos: Peter Carrasco
Kathryn Fitch

Contribuyentes a este número:

Maureen Anderson, OPS
Jacqueline Barth, OPS

ISSN 0251-4729



Programa Ampliado de Inmunización
Programa de Salud Materno-infantil
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
E.U.A.