



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año X, Número 2

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Abril de 1988

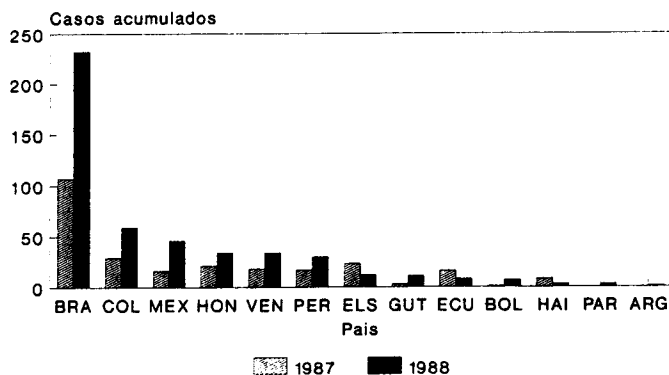
Polio en las Américas, Semanas 1 a 17, 1988

Se ha notificado un total de 480 casos de poliomielitis en la Región de las Américas al 30 de Abril de 1988. Durante 1987, se habían notificado 323 casos durante el mismo período. Aunque la proporción de casos notificados por cada país se mantiene relativamente estable, en general se están notificando más casos en 1988 que en 1987 (Figuras 1 y 2).

De los casos notificados a la fecha, solo 77 han sido confirmados, comparado con 175 en 1987. El aumento en el número de casos probables notificados en 1988, refleja la adquisición de un mayor grado de conciencia y el refuerzo de las actividades de vigilancia en los países.

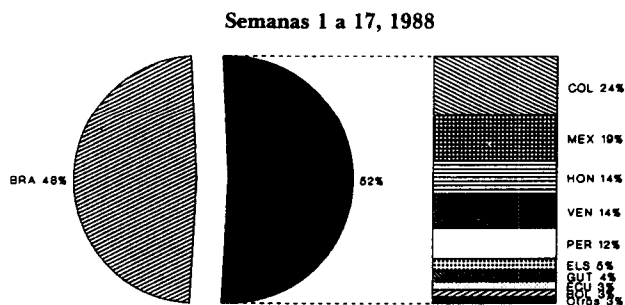
La proporción mayor de confirmaciones de 1987 se debe principalmente a la gran cantidad de casos confirmados en Brasil durante el período analizado (Figura 3).

FIGURA 2. Casos acumulados de polio notificados por país Semanas 1 a 17, 1987 y 1988, Región de las Américas



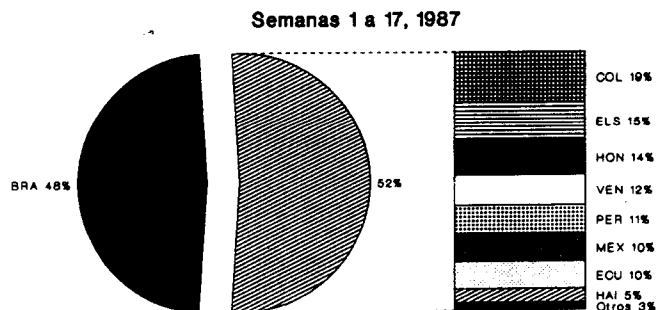
* Se incluyen casos probables y confirmados
Fuente: Telexes semanales a OPS

FIGURA 1. Polio en las Américas, Distribución porcentual de casos notificados*, por país



* Se incluyen casos probables y confirmados
Fuente: Telexes semanales a OPS

FIGURA 3. Número de casos de polio confirmados a partir de la semana 17 de 1987 y 1988, Países de las Américas



Fuente: Telexes semanales a OPS

En este número:

Polio en las Américas, Semanas 1 a 17, 1988	1
Epidemiología de la no vacunación: Estudio de oportunidades perdidas realizado en Nicaragua	2
Encuesta de cojera en niños escolares en Costa Rica ..	4

Los países Centroamericanos se reúnen para evaluar los esfuerzos dirigidos a erradicar la polio de la Región ..	5
Casos notificados de enfermedades de PAI	7
San Vicente emite estampillas que ilustran la atención del niño	8

Epidemiología de la no vacunación: Estudio de oportunidades perdidas realizado en Nicaragua

Introducción

Nicaragua pudo erradicar la poliomielitis en 1982 a través de las Jornadas Populares de Salud (JPS), que lograron aumentar considerablemente la cobertura de inmunización con vacuna antipoliomielítica. Sin embargo, la cobertura con otros biológicos, específicamente DPT y antisarampionosa, aún manifestando una tendencia ascendente, no ha logrado los niveles necesarios para lograr un control efectivo de las enfermedades, especialmente en los niños menores de un año. La cobertura estimada para 1986, en niños menores de un año fue del 50% con vacuna antisarampionosa y 38% con DPT. El dato de cobertura antisarampionosa es consistente con lo que se encontró en la encuesta seroepidemiológica nacional de 1984, que reveló un 50% de seropositividad a nivel nacional en niños entre 12 y 23 meses de edad. La Dirección Nacional de Inmunoprevenibles en 1985 cambió su estrategia a vacunar a todos los niños que acuden a las unidades de salud por cualquier causa. Este proyecto de investigación tuvo como objetivo principal establecer si estas oportunidades perdidas de vacunación están siendo utilizadas y determinar las razones que motivaron el rechazo de la vacunación. El propósito secundario fue estimar la cobertura de inmunización con BCG, DPT y las vacunas contra el sarampión y la poliomielitis en niños de diferentes grupos de edad que acuden a los centros y puestos de salud por cualquier causa y compararla con la cobertura general de los niños de la misma edad que viven en la misma área.

Metodología

La investigación se realizó en 12 áreas de salud seleccionadas por ser según los datos estadísticos de 1986, las áreas con coberturas más altas y más bajas respectivamente, en cada región. Se realizaron 12 encuestas independientes en cada área de salud. Se incluyeron en las encuestas a todos los niños entre uno y 35 meses de edad que entraron por cualquier causa en los centros y pue-

tos de salud donde es activo el Programa de Inmunizaciones. El período de recolección fue de tres días consecutivos en cada área. Se entrevistó a las madres (u otro acompañante) a la salida del centro.

Por cada dosis de vacuna se registró uno de los 4 posibles valores:

- administrada antes de la consulta actual
- administrada en la consulta actual
- no administrada pero no necesaria por la edad del niño o por administración de dosis anterior menos de cuatro semanas antes
- necesaria y no administrada

En todos los casos de vacunación necesaria y no administrada se preguntó y anotó la razón para no administrarla. En caso que no fuera posible identificar una causa única, se dejó la posibilidad de registrar dos o más y cuando se consolidó la información, se seleccionó la causa principal según las siguientes prioridades:

- niño acompañante
- falta de cupo
- no se determinó la necesidad
- falta de vacuna
- antecedentes
- enfermedad actual

Resultados

Se encuestaron en total 3,276 niños entre uno y 35 meses de edad, el 52% (1.705) en centros de salud. Se notaron diferencias en la cantidad de niños vistos en los diversos puestos, reflejando la magnitud diferente y características de la atención primaria en cada área de salud. Menores variaciones se observaron en la distribución por edad, con los niños menores de un año representando aproximadamente la mitad de los encuestados y observándose una rápida disminución con el aumento de la edad (Cuadro 1). La tarjeta de inmunización se pudo examinar en el 75% de los niños encuestados.

CUADRO 1. Niños encuestados según Región, Área de Salud y grupo de edad

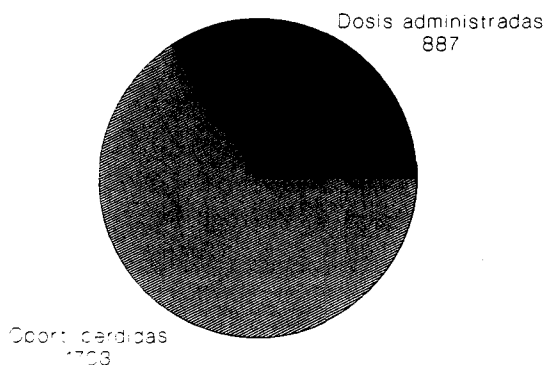
NUMERO Y PORCENTAJE DE NIÑOS ENCUESTADOS SEGUN GRUPO DE EDAD

AREA	1-5		6-11		12-17		18-23		24-35		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I-02	110	25,2	104	23,9	63	14,4	50	11,5	109	25,0	436	100,0
I-07	100	20,5	111	22,7	80	16,4	60	12,3	137	28,1	488	100,0
II-04	87	29,9	92	31,6	37	12,7	30	10,3	45	15,5	291	100,0
II-18	42	27,5	28	18,3	25	16,3	23	15,0	35	22,9	153	100,0
III-01	66	24,4	61	22,6	45	16,7	31	11,5	67	24,8	270	100,0
III-09	78	28,8	72	26,6	43	15,9	28	10,3	50	18,4	271	100,0
IV-06	48	26,4	50	27,5	36	19,8	28	15,4	20	11,0	182	100,0
IV-14	43	24,3	50	28,2	21	11,9	22	12,4	41	23,2	177	100,0
V-1-5	61	29,2	48	23,0	38	18,2	20	9,6	42	20,1	209	100,0
V-02	32	20,4	36	22,9	30	19,1	20	12,7	39	24,8	157	100,0
VI-01	80	21,1	97	25,5	75	19,7	37	9,7	91	24,0	380	100,0
VI-02	79	30,2	67	25,6	44	16,8	17	6,5	55	21,0	262	100,0

Fuente: Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud, Nicaragua

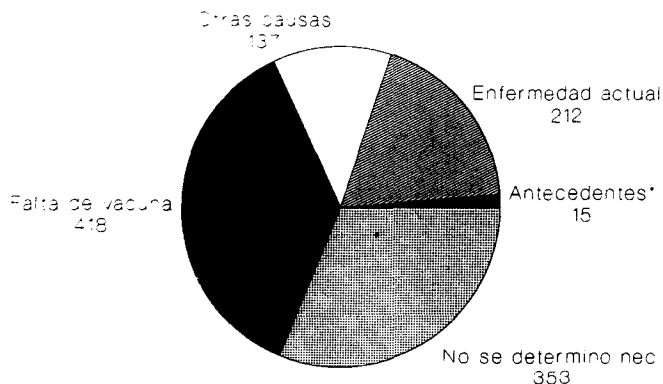
Se deberían haber aplicado 2.590 dosis de vacuna entre los niños encuestados, de las cuales se perdió la oportunidad de aplicar 1.703 (66%) (Figura 1). En total, quedaron sin recibir vacunación necesaria 1.125 niños, de los cuales 418 (37%) fueron por falta de vacuna, 353 (31%) por no haber determinado la necesidad de vacunar, 212 (19%) por enfermedad y 152 (13,4%) por otras causas (Figura 2). Las vacunas por las cuales se pierden más oportunidades de vacunación son las DPT (31%) y la antisarampionosa (26%) (Figura 3).

FIGURA 1. Dosis administradas y oportunidades perdidas de vacunación como porcentaje de las dosis necesarias Niños de 1 a 35 meses de edad, Nicaragua, 1987



Fuente: Encuesta de Oportunidades Perdidas, Ministerio de Salud, Nicaragua.

FIGURA 2. Niños que no recibieron vacunaciones necesarias, según causa del rechazo, Nicaragua, 1987



* Incluye reacciones adversas a vacunaciones previas, historia de convulsiones o de haber tenido la enfermedad.

Fuente: Encuesta de Oportunidades Perdidas, Ministerio de Salud, Nicaragua.

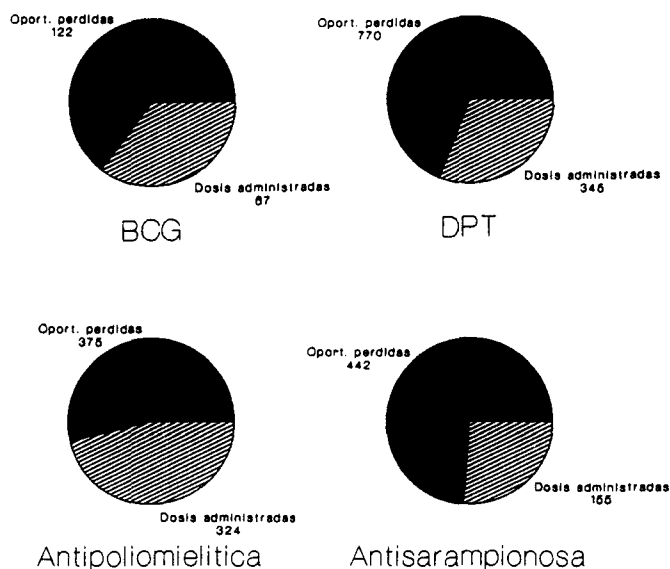
Entre los 212 niños que no se vacunaron por enfermedad, 79 presentaron fiebre, 65 una infección respiratoria, 58 diarrea, 15 vómitos, 9 desnutrición y 39 cuadros clínicos no especificados.

Al comparar la cobertura de inmunización en los niños entre 12 y 23 meses de edad con la cobertura que se encontró en la encuesta domiciliar en las mismas áreas de salud, se observa que los niños encuestados en los centros y puestos de salud tienen una cobertura significativamente mayor que los encuestados a domicilio. La diferencia es mayor para DPT y menor para BCG.

Discusión

La distribución por edad de los niños corresponde a lo que se esperaba y refleja la mayor demanda de atención

FIGURA 3. Dosis administradas y oportunidades perdidas de vacunación como porcentaje de las dosis necesarias según biológico, Niños de 1 a 35 meses de edad, Nicaragua, 1987



Fuente: Encuesta de Oportunidades Perdidas, Ministerio de Salud, Nicaragua.

de los menores de un año en comparación con los mayores. Las muestras estudiadas son representativas de todos los niños entre uno y 35 meses que acuden a los centros y puestos de salud de cada área. La distribución de los niños por unidades de salud refleja la real utilización de los establecimientos por parte de la población.

En cuanto al porcentaje de dosis necesarias que fueron efectivamente administradas, los resultados son inferiores a lo esperado y se piensa que reflejan una situación relativamente estable (más que una problemática coyuntural) por el hecho que los resultados son consistentes en la mayoría de las áreas y que las encuestas se realizan en un período de normal disponibilidad de biológicos. Si es así, los resultados tienen una implicación importante en cuanto indican que sustanciales aumentos en la cobertura se pueden lograr en la mayoría de las áreas con un mejor aprovechamiento de las oportunidades de vacunación. Las causas de no vacunación que se detectaron revelan problemas que se pueden solucionar satisfactoriamente a nivel local. La falta de biológicos que podría estar relacionada con una deficiencia estructural de la cadena de frío resultó, en la mayoría de las situaciones, a ser debido a descuidos por parte del personal. Se podría estimar cuántas dosis de vacuna adicionales se requieren para vacunar a todos los niños que acuden a los centros y puestos de salud cada trimestre, multiplicando el promedio diario de oportunidades perdidas por 60. Este cálculo permitirá una mejor apreciación de la magnitud del problema y los investigadores recomiendan que se haga en cada área por cada biológico.

Con respecto a las coberturas inferiores encontradas entre los niños que se vieron en las visitas a sus hogares, debería considerarse como un indicador de que ciertas áreas necesitan puestos de vacunación adicionales o que se deberían realizar campañas de vacunación cada tres meses en las comunidades más desprotegidas. Por otro

lado, aquellas áreas con coberturas bajas según las encuestas de los puestos de salud, o con coberturas que no son mayores a las encontradas en las visitas domiciliarias, debieran hacer énfasis en el uso de todas las oportunidades de vacunación que tienen los niños que visitan los centros o puestos de salud que forman parte del PAI.

Conclusiones

En 11 de las 12 áreas de salud incluidas en la investigación, se administraron menos de la mitad de la dosis de vacunación necesarias a los niños que acuden a los centros y puestos de salud. El número de oportunidades perdidas indica que existen excelentes oportunidades de aumentar la cobertura, especialmente con DPT y vacuna antisarampionosa, en la mayoría de las áreas, utilizando medidas simples y de bajo costo, como la vacunación de

todos los niños que acuden a los servicios de atención de primer nivel.

Fuente: Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud, Nicaragua.

Comentario Editorial: Este es el primer estudio de oportunidades perdidas de vacunación realizado en la Región de las Américas. Los problemas que señala pueden ser parecidos en otros países. Los otros países deberían realizar estudios como éste para identificar el problema y aplicar medidas preventivas. El estudio Nicaragüense fue realizado con la participación de personal del Ministerio de Salud (Leonel Argüello, Carolina Siu, María Haydee García, Clara López, Ana Cecilia Silva, Mercedes Ruiz, Marcia Espinoza, Jenny William, Sara Valle, Lastenia Benavides, Lesbia García A., Gregoria Monge, María Teresa de Matus, Rosa María Flores, Martha Palma, Auxiliadora Quezada, Ileana Bustamante, Teresa Hernandez, Margarita Silva) y de la OPS (Alberto Ascherio).

Encuesta de cojera en niños escolares en Costa Rica

En 1974 se notificó el último caso de polio en Costa Rica y desde entonces no se han detectado casos a través del sistema regular de vigilancia. Esto ha llevado a asumir que la transmisión autóctona de la poliomielitis se ha interrumpido en el país. Para confirmar esta suposición, se llevó a cabo una encuesta de niños escolares con cojera. La encuesta se realizó de acuerdo con los lineamientos planteados en un protocolo desarrollado por el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración de la OPS. El protocolo se elaboró para identificar a los niños nacidos después de 1974, que están matriculados en las escuelas públicas del sistema nacional y detectar, de entre éstos, cualquier caso de cojera que podría considerarse como secuela de poliomielitis.

Se tomó una muestra de 40 escuelas de un listado del Ministerio de Educación Pública que contenía todas las escuelas públicas de áreas urbanas. La técnica de muestreo utilizaba los códigos de los colegios y su matrícula y los sumaba a intervalos determinados al azar. La muestra quedó distribuida de la siguiente manera:

<u>PROVINCIA</u>	<u>No. DE ESCUELAS</u>
San José	22
Alajuela	4
Cartago	4
Heredia	4
Guanacaste	2
Puntarenas	2
Limón	2

La encuesta se contempló en el Plan de Acción del PAI 1987-1991 y se llevó a cabo según el protocolo establecido. Se hizo en dos etapas; la primera, empezó el 30 de septiembre de 1987 con visitas a los directores de las 40 escuelas. Se les informó acerca de la encuesta y se les solicitó que llenaran un formulario que detallaba el rango de edad, sexo y el número de niños en cada grado de su escuela y los nombres de todos los niños con cojera, incluso los que habían desertado.

Quedaron 26 escuelas que tenían niños con algún tipo

de cojera, desde uno a diez niños por escuela. Se concertó una cita con cada uno de los niños y sus padres. Durante la cita, se entrevistó a los padres y se les pidió que llenaran un formulario de historia clínica y se llenó otro de examen clínico.

Se encontró un total de 79 niños con cojera, 6 de ellos con cojera de causa múltiple que quedaron clasificados como sigue:

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No. DE CASOS</u>
Enfermedades congénitas	65
Parálisis cerebral	13
Luxación de la cadera	13
Pie zambo	8
Genu valgum	8
Hemiplejias y hemiparesias	6
Mielomeningocele	3
Espina bífida	1
Genu varum	1
Artropatías diversas	3
Otras	15
Traumatismo	9
Tumores	1
Otros	4

No se encontraron casos clínicamente compatibles con el diagnóstico de poliomielitis, hecho que prestó apoyo epidemiológico a la hipótesis de que no se iban a encontrar secuelas de polio entre los escolares ya que no se han producido casos desde 1974.

Todos los casos habían recibido esquemas completos de vacunación, incluida la antipoliomielítica. Ninguno de los niños había recibido menos de tres dosis de vacuna antipoliomielítica, la mayoría había recibido cuatro o cinco. Esto se explica si se toma en cuenta que desde 1974 es "requisito para la matrícula anual de los escolares la presentación de certificados de vacunación y revacunación obligatorias."

Si se toma en cuenta que el total de niños matriculados es de 164.381, la muestra, que incluyó a 35.631, repre-

sentó al 21,68% de la población escolar urbana. Como se detectaron 79 casos de cojera, la prevalencia en la muestra es de 222 casos por 100.000 alumnos. Si se aplicara esta tasa de prevalencia a la totalidad de la matrícula en las escuelas de áreas urbanas, se encontrarían 365 casos de niños con cojera por diversas causas, pero no por secuelas de poliomielitis.

Cabe agregar que el 100% de los casos de cojera encontrados habían sido debidamente estudiados y tratados, fundamentalmente en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera y el Centro Nacional de Rehabilitación.

No se encontraron casos de niños con cojera que hu-

bieran desertado de la escuela, sino solamente una niña que se había trasladado a otra escuela y que fue visitada en su hogar. Tampoco se detectó la existencia de niños con cojera que no estuvieran en la escuela.

Fuente: Dr. Carlos Eduardo Cedeño Carvajal y Lic. Marcela Fajardo Jirón, Ministerio de Salud, Costa Rica.

Comentario Editorial: Esta es la primera encuesta de este tipo realizada en la Región de las Américas. Los resultados parecen confirmar el hecho de que Costa Rica no ha sufrido brotes de poliomielitis desde 1974. Se ha llevado a cabo un estudio similar en Panamá, con resultados parecidos.

Los países Centroamericanos se reúnen para evaluar los esfuerzos dirigidos a erradicar la polio de la Región

El 8 y 9 de febrero de 1988 se llevó a cabo en Esquipulas, Chiquimula, Guatemala, una reunión entre funcionarios de salud de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua y representantes de las agencias internacionales que colaboran con el desarrollo del PAI y la erradicación de la polio. Esta reunión tuvo como objetivo revisar los avances del programa hacia las metas de vacunación universal de los niños y erradicación de la polio. La reunión además, discutió las formas adecuadas de coordinación para llevar a cabo las actividades prioritarias e refuerzan el cumplimiento de las metas (Cuadro 1).

CUADRO 1. Coberturas de vacunación antipoliomielítica en niños menores de un año, por país, 1987

PAIS	COBERTURA	NO. DE CASOS
El Salvador	58%	55 ¹
Guatemala	21%	21 ²
Honduras	63%	12 ²
Nicaragua	81%	—

Fuente: OPS

1. Confirmados

2. Casos probables y confirmados

— Cero

Luego de la presentación de la situación de cada país, se concluyó que los países participantes han realizado avances notables en sus programas de inmunizaciones y en implementar las estrategias de erradicación de la poliomielitis (Cuadro 2). Sin embargo, las experiencias hasta la fecha indican que hace falta el desarrollo de nuevas estrategias, tanto para extender el alcance de los servicios de inmunización como para estimular y sostener una demanda popular para las inmunizaciones. Las actividades enunciadas en el Cuadro 3 se propusieron con la finalidad de formular recomendaciones operativas para acelerar las actividades de erradicación de la poliomielitis, y hacerlas de fácil seguimiento y evaluación, el entendido de que deben de ser comunes a los países participantes y ser parte integral de los planes de acción de cada país. Los ajustes a estos planes de acción deberán ser efectuados por los Comités de Coordinación Interagencial del PAI en cada uno de los países.

Finalmente, el Grupo acordó difundir estas recomendaciones por todos los niveles del sector salud y realizar una reunión para evaluar la ejecución de estas recomendaciones, desde el 6 hasta el 8 de julio del presente año en Honduras.

CUADRO 2. Actividades cumplidas en 1987, según el plan de acción

INDICADORES	SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA
Realización de jornadas de vacunación	SI	NO	SI	SI
Coberturas por Municipios	SI	Sí para las áreas fronterizas. En proceso a nivel nacional	NO	SI
Porcentaje de notificación negativa semanal	85%	NO	NO	90%
Toma de muestras para laboratorios	69%	75%	87%	100%
Comité Nacional Multisectorial	SI	SI	SI	SI
Utilización de voluntarios en la comunidad	SI	SI	SI	SI
Boletín Epidemiológico	SI	SI	SI	SI
Capacitación Vig. Epid. Errad. Polio	SI	SI	Parcial	No
Acciones de Bloqueo	71%	65%	No se presentó la información	No corresponde
Jornadas Programadas para 1988	SI	SI	SI	SI
Invest. Epidemiológica de casos sospechosos	85%	100%	92%	100%
Procesamiento de muestras en laboratorio de referencia	—	—	—	—

CUADRO 3. Acciones recomendadas para acelerar las actividades de erradicación de la poliomielitis

ESTRATEGIA	ACCIONES RECOMENDADAS		
	PAISES	FRONTERAS	INDICADOR
Aumentar y mantener altas coberturas de vacunación	Realizar al menos dos jornadas nacionales de vacunación, alrededor del 10 de abril y el 22 de mayo de cada año para complementar las actividades del programa nacional.	Igual que para país	Dos Jornadas Nacionales por país
	Eliminar las oportunidades perdidas de vacunación, aprovechando todos los contactos de los niños con el sistema de salud para vacunarlos.	Igual que para país	Disminución de tasas de deserción y aumento de coberturas
	Establecer en cada país, a través de OPS y UNICEF, un mecanismo que asegure la vacunación de todos los niños que viven en campamentos de refugiados, según las normas del PAI.	Igual que para país	Tener información sobre los logros del PAI en los campamentos
	Proponer un cese al fuego en las áreas de conflicto durante las Jornadas Nacionales de Vacunación.		
Mejorar la vigilancia epidemiológica	Todo caso probable de poliomielitis en departamentos fronterizos, notificando inmediatamente por telex a través de la OPS al país vecino para tomar acciones conjuntas. Implementar la notificación negativa semanal en todos los establecimientos de salud de los cuatro países.	Usar el teléfono si es necesario	Notificar el 100% de los casos probables
		Igual	Incorporar el 25% de los establecimientos en cada trimestre de 1988
	Tomar muestras adecuadas de todos los casos probables y enviarlas inmediatamente al INCAP.	Igual	El 100% los casos deben tener muestras
	Utilizar los indicadores de la Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomielitis para evaluar el progreso de la vigilancia.	Igual	Datos sobre indicadores recomendados en la Guía Práctica
	Procesamiento de muestras en el laboratorio	Igual	Número de muestras procesadas
	Intercambio de boletines epidemiológicos entre los países.	Igual	Boletines intercambiados
		Igual	El 100% de los casos investigados por el equipo nacional y todos tendrán información completa según la Guía Práctica
Control activo de brotes	El control de brotes no deberá limitarse sólo al área circunvecina sino que deberá comprender la zona más amplia posible, según criterios de riesgo epidemiológico en el país afectado y deberá efectuarse lo más pronto posible utilizando al máximo todos los recursos de la movilización social. Deberá efectuarse simultáneamente en ambas fronteras.	Los servicios de salud de las áreas fronterizas aceptarán referencias de casos probables de polio cuyo sitio de procedencia sea el país vecino, e iniciarán medidas de control inmediatas en su comunidad. Simultáneamente se notificará a la Unidades de Epidemiología de sus respectivos países	Bloqueos efectuados según casos detectados

Casos Notificados de Enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados durante 1987 y 1986, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Polio-mielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
		1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	02 Ene.	975	346	4	4	56	18	48	20	16	15	510	439
Colombia	02 Ene.	20 538	5 180	115	64	235	130	184	119	45	23	3 272	2 055
Ecuador	02 Ene.	1 537	839	11	20	105	88	81	74	18	11	312	907
Perú	02 Ene.	4 652	3 362	54	39	153	88	148	99	54	75	1 536	1 787
Venezuela	02 Ene.	19 261	14 164	45	27	8	146	18	26	2	4	915	3 428
Cono Sur													
Argentina	02 Ene.	6 890	6 448	1	—	76**	71**	...	...	10	14	1 722	1 952
Chile	02 Ene.	2 652	12 365	1	—	18	16	3	3	168	268	45	36
Paraguay	02 Ene.	1 360	430	—	—	56	51	49	60	18	19	261	111
Uruguay	02 Ene.	1 190	188	—	—	11	4	—	—	—	—	384	1 095
Brasil	02 Ene.	57 968	117 851	276	612	1 558	2 447**	371	...	1391	1804	15 177	23 946
CENTRO AMERICA													
Belice	02 Ene.	224	49	—	—	—	—	—	—	1	—	—	7
Costa Rica	02 Ene.	3 987	4 534	—	—	7**	...	...	...	—	—	132	153
El Salvador	02 Ene.	405	278	55	23	40	43	26	39	2	6	162	561
Guatemala	02 Ene.	400	1 650	18	33	78**	64**	...	...	—	—	53	509
Honduras	02 Ene.	977	603	13	6	15	47	7	24	—	—	344	331
Nicaragua	02 Ene.	792	2 550	—	—	32	91	12	28	3	—	293	470
Panamá	02 Ene.	1 885	4 103	—	—	7	3	5	9	—	—	45	38
México	02 Ene.	2 776	9 824	81	66	277	302	34	57	31	28	763	1 268
CARIBE LATINO													
Cuba	02 Ene.	858	3312	—	—	6	14	—	—	—	—	103	342
Rep. Dominicana	02 Ene.	499	501	—	2	76	37	7	8	89	51	149	219
Haití	02 Ene.	3 630	109	12	36	85	85	41	41	3	3	307	307
CARIBE													
Antigua/Barbuda	02 Ene.	—	—	—	—	—	—	—	**	—	—	—	—
Bahamas	02 Ene.	42	85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barbados	02 Ene.	2	2	—	—	3	3	—	—	—	—	—	1
Dominica	02 Ene.	82	...	—	—	1	...	—	...	—	...	—	...
Granada	02 Ene.	6	...	—	—	—	...	—	...	—	...	1	...
Guyana	02 Ene.	22	...	—	—	2	...	—	...	—	...	—	...
Jamaica	02 Ene.	35	30	—	—	1**	5**	...	...	2	6	20	21
San Cristóbal/Nevis	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	02 Ene.	4	...	—	...	—	...	—	...	—	...	—	...
San Vicente y Granadinas	02 Ene.	1	...	—	—	—	...	—	...	—	...	—	...
Suriname	02 Ene.	5	...	—	—	2	...	—	...	—	...	—	...
Trinidad & Tabago	02 Ene.	441	...	—	—	3	...	—	...	—	...	12	...
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	02 Ene.	14 585	15 046	—	—	4**	4**	...	...	4	5	1 827	2 296
Estados Unidos	02 Ene.	3 588	6 282	—	3	40**	64**	...	...	3	—	2 529	4 195

* No se ha recibido información de 1987.

** Número total de casos de tétanos; país no notifica por separado casos de tétanos

—Cero

... No se dispone de datos

San Vicente emite estampillas que ilustran la atención del niño

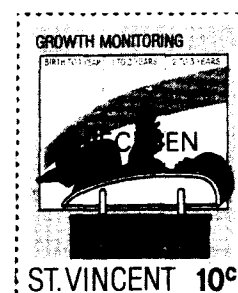
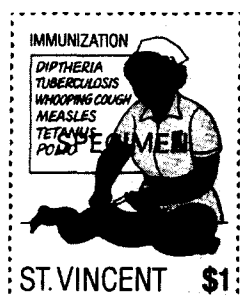
El 10 de junio de 1987, el gobierno de San Vicente y Granadinas emitió cuatro estampillas que ilustran la atención del niño. Las estampillas fueron diseñadas localmente y representan a la inmunización, la rehidratación oral, la lactancia materna y la evaluación del crecimiento.

San Vicente y Granadinas ha promovido la atención primaria de salud hasta donde sus recursos lo han permitido, de acuerdo con la declaración de Alma-Ata de septiembre de 1978. Esta declaración le presta la atención debida al cuidado del niño. Los métodos y medios tradicionales de promoción están siendo utilizados para incentivar a las madres a usar los servicios de salud y así obtener el máximo nivel de atención y dirección disponible para asegurar el crecimiento sano de sus hijos. Anualmente se efectúa el "Show del Bebé", que continúa siendo un éxito tanto por la cantidad de participantes

como por el alto nivel de bienestar físico en que se encuentran. Entre otras cosas, se juzga a los niños por su apariencia general, su actividad, peso, estado vacunal, historia de lactancia materna y el conocimiento que tienen los padres acerca de la rehidratación oral.

Para reforzar el apoyo al Programa Nacional, se aprobó una ley en 1982, que exige que todos los niños estén completamente inmunizados antes de entrar a la escuela. La emisión de las estampillas es un acto innovativo que demuestra el compromiso puesto y la importancia dada por el gobierno de San Vicente y Granadinas a la atención y el cuidado del niño, como medida de asegurar su futuro desarrollo.

Informado por: Yvonne Labbay, Gerente del PAI, San Vicente y las Grenadinas y Henry Smith, Oficial de Inmunización, OPS/OMS.



Estampillas que ilustran la atención precoz del niño emitidas por el gobierno de San Vicente y Granadinas.

El Boletín Informativo del PAI se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para 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: **Roxane Moncayo Eikhof**
Peter Carrasco

Contribuyentes a este número: **Henry Smith**

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.