

Monitoreo rápido de vacunación y su impacto en coberturas de vacunación para campañas de seguimiento de alta calidad en República Dominicana, 2023

Aída Vargas¹, Anggie Mateo¹, Zoila Bello¹, Yunathery Rodríguez¹, Daniele Rocha Queiroz Lemos², Regina Durón Andino², Yndira Anchayhua² y Matilde Peguero³

Forma de citar

Vargas A, Mateo A, Bello Z, Rodríguez Y, Rocha Queiroz Lemos D, Durán Andino R, et al. Monitoreo rápido de vacunación y el impacto en las coberturas de vacunación para campañas de seguimiento de alta calidad en República Dominicana, 2023. *Rev Panam Salud Publica*. 2024;48:e125. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.125>

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el aporte de los monitoreos rápidos de vacunación (MRV) en el logro de las metas de coberturas de vacunación (CV) en las campañas de vacunación de seguimiento (CVS).

Método. Los datos se obtuvieron de la base de datos disponible en la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas sobre las CVS. El análisis de los datos se realizó en Stata V.15[®]. Se calcularon medidas de frecuencia y de resumen; la significancia estadística se evaluó con valor de *P*. El cambio en la media de las coberturas entre las intervenciones se evaluó con la prueba *t* de Student.

Resultados. Durante la CVS se vacunaron 815 482 niños en 157 municipios, y se realizaron 2 431 MRV. Antes de los MRV, la cobertura de la vacuna doble viral contra el sarampión y la rubéola (SR) fue de 85,7%, en tanto que para la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV) fue de 89,9%; las coberturas fueron homogéneas en 78% de los municipios. Luego del MRV, la cobertura con SR fue de 98,7% y la de bOPV, de 100%. La cobertura de SR aumentó 14,6% y la bOPV, 11,7%; ambos valores fueron estadísticamente significativos (prueba *t* de Student 12,3 y 10,8, respectivamente; *P* = 0).

Conclusión. El MRV es una estrategia útil para validar coberturas en CVS y deben ser realizados por equipos externos. Los datos informados permiten mejorar la imprecisión de los datos de cobertura. Se recomienda evaluar calidad de los datos en CVS mediante MRV, considerada una estrategia adecuada desde el punto de vista costo-beneficio.

Palabras clave

Cobertura de vacunación; campaña de vacunación; sarampión; rubéola, poliomielitis; República Dominicana.

¹ Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas, Santo Domingo, República Dominicana.

² Consultora internacional, Organización Panamericana de Salud, Santo Domingo, República Dominicana.

³ Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana. ✉ Matilde Peguero, matilde.peguero@ministeriodesalud.gob.do

Las intervenciones en salud pública formuladas con base en el contexto epidemiológico permiten controlar, eliminar y erradicar enfermedades con medidas preventivas. De estas, la vacunación es la intervención de mayor costo-efectividad, pues garantiza la inmunidad colectiva o de rebaño que interrumpe la transmisión de agentes etiológicos (1-3) como el caso de la viruela en el mundo y la poliomielitis, sarampión y rubéola en la Región de las Américas (4-6).

La Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas (DIV) oferta el servicio de vacunación a la población a través de estrategias y tácticas de vacunación, en acciones intramuros y extramuros, de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunas (EPV) y compromisos internacionales asumidos por los países. De forma complementaria, se realizan campañas de vacunación de seguimiento, intensificaciones, multivacunación y barrido documentado, entre otras.

El acceso a las vacunas evidencia la equidad en la oferta y demanda de las poblaciones. El análisis de los datos de cobertura de vacunación (CV) según criterios de calidad como eficacia, homogeneidad, simultaneidad, oportunidad y eficiencia permiten identificar las brechas de CV, la priorización de intervenciones y la toma de decisiones (7, 8).

En la evaluación del proceso de vacunación, la cobertura es un indicador de desempeño de los programas de vacunación (9), y puede calcularse mediante diferentes metodologías. Una de ellas es el monitoreo rápido de vacunación (MRV), el cual proporciona una verificación rápida de la coherencia y consistencia de la CV notificadas, la identificación los acúmulos de población susceptibles y permite reorientar las estrategias y tácticas de vacunación.

En República Dominicana, en el 2022 se desarrolló una campaña de vacunación de seguimiento (CVS) de alta calidad contra el sarampión, la rubéola y la polio, con la pronta realización de MRV para la verificación de la coherencia y consistencia de los datos de CV informados, con la identificación de acúmulos poblacionales susceptibles y la ejecución de un plan de contingencia y barridos documentados. El objetivo de este estudio fue evaluar el aporte de los MRV en el logro de las metas de CV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal en el que se utilizaron datos nacionales recopilados en el contexto de la CVS contra el sarampión, rubeola y la poliomielitis, realizada en la República Dominicana, en un período de 14 semanas en el año 2022.

Para el estudio se utilizaron los datos de registro de la CVS disponibles por la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas del país que describe las vacunas aplicadas, y de la CV antes y después del MRV. El MRV se basó en un enfoque mixto que incluyó el análisis cuantitativo de las CV antes y después del monitoreo, como el análisis cualitativo sobre las experiencias del equipo de vacunación y la población objetivo.

Para el MRV, el proceso de selección de municipios implicó un análisis detallado de las CV existentes, según los parámetros establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La distribución de los MRV en los puestos de vacunación por municipio se realizó mediante un muestreo estratificado, y se aseguró que todas las regiones estuvieran representadas.

La recopilación de datos se realizó a través de formularios estructurados y revisión de la tarjeta, registros u otro formato

oficial de vacunación, complementados con observaciones directas de las prácticas de vacunación.

La unidad de análisis fue el municipio, con base en criterios establecidos, como el tamaño de la población y las coberturas de vacunación previas, para asegurar una representación adecuada y equitativa a nivel nacional. Se consideraron CV “bajas” cuando fueron por debajo del objetivo, “cumplió la meta” cuando fueron del 95% y “óptima” cuando fueron del 95-100%.

Se establecieron como variables de resultado (dependiente) las coberturas de vacunación contra el y rubeola (vacuna SR) y cobertura de vacunación contra la polio (vacuna bOPV); como variables explicativas (independiente), se consideraron el número de MRV, el número de casas visitadas, la población y el número de vacunas aplicadas.

Para los fines del análisis se asume que el riesgo de propagación de la enfermedad es mayor cuanto mayor es la población objetivo. Para evaluar la diferencia entre los resultados de CV obtenidos antes y después de los MRV, se usó la prueba t de Student. El nivel de significancia adoptado es de 5% ($P < 0,05$).

RESULTADOS

La CVS en el marco de la Semana de vacunación de las Américas se inició el 22 de abril del 2022 y cerró el 18 de agosto del 2022. Se vacunaron un total de 815 482 niños de 1 a 5 años con vacuna doble viral para sarampión y rubéola (SR) y con vacuna triple viral (sarampión, rubéola y poliomielitis (SRP), con una CV de 85,7%; y 171 040 niños de 2 años con vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV), con una CV de 89,9%. Según las provincias, 71% (22/31) alcanzaron CV <95% (figura 1). Del total de 157 municipios del país, correspondiente a 40 direcciones provinciales y de áreas de salud, 78% (122/157) lograron CV homogéneas; cuando se las calculó por edad, fueron homogéneas y $\geq 95\%$. En el 22% restante de los municipios, se aplicaron planes de contingencia con barridos documentados durante los MRV. En los municipios, la cobertura de SR varió de 15,9% a 165,8% (figura 1 y cuadro 1).

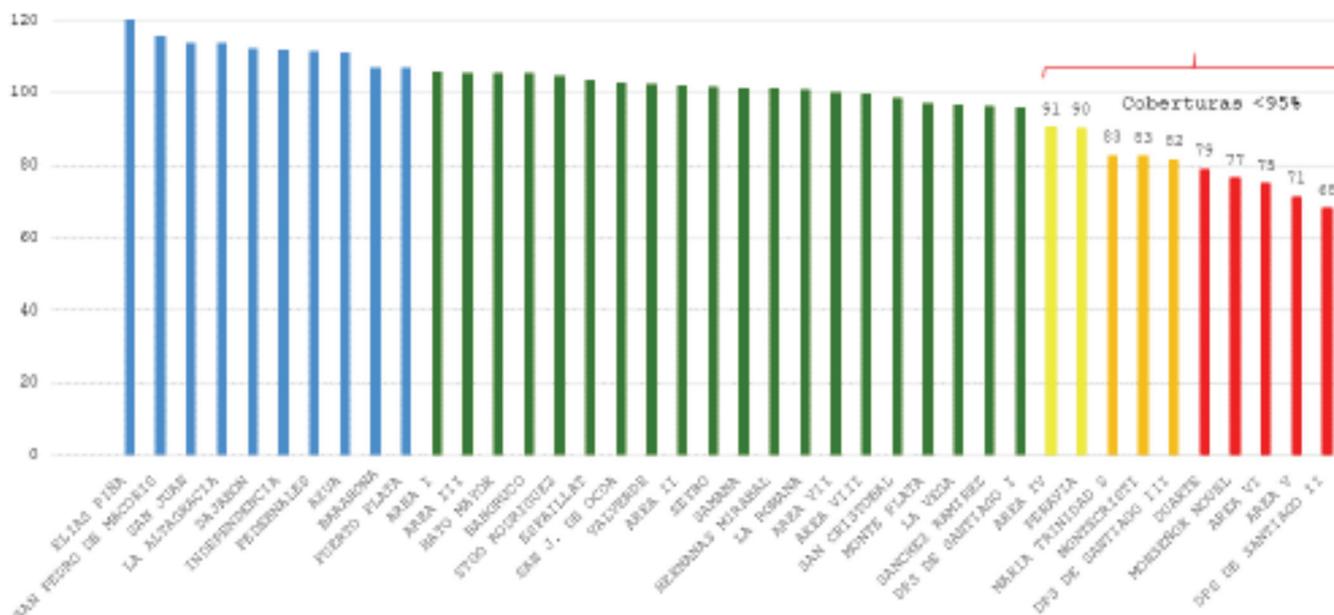
Después de dos meses del cierre de la CSV, se iniciaron los MRV. A nivel nacional, se programaron un total de 2 485, de los cuales se realizaron 98% (2 431). El municipio con menor número de MRV realizados fue Loma de Cabrera (un monitoreo), y el municipio en el que se realizaron más MRV fue Santo Domingo (108), con un promedio de 15,5 MRV (desviación estándar [DE]: 18) por municipio. Durante los MRV, se visitaron 158 686 viviendas y se entrevistaron a padres, tutores o responsables de 47 250 niños de 1 a 5 años, seleccionando uno al azar

CUADRO 1. Coberturas de vacunación después de la campaña de vacunación y el seguimiento, República Dominicana, 2022

Variables	Municipios		Población meta (habitantes)	
	N	%	N	%
Municipios con coberturas >95%	122	78	677 728	71
Municipios con coberturas <95%	35	22	276 123	29
Total	157	100	953 851	100

Fuente: base de datos de la Semana de la vacunación de las Américas 2022 y la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas.

FIGURA 1. Cobertura de vacunación con vacuna doble viral para sarampión y rubéola por provincia después de la campaña de vacunación y el seguimiento, 2022, República Dominicana



Fuente: base de datos de la Semana de la vacunación de las Américas 2022 y la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas.

por vivienda visitada. Se constató la vacunación de un total de 118 847 niños de 1 a 5 años con SR o SRP (con una CV final de 98,7%) y 18 501 niños de 2 años con bOPV, con una CV de 100%.

Aproximadamente 75% de los niños de 1 a 5 años viven en municipios con CV ≥95%.

En relación con las CV de SR y SRP antes del MRV, el país alcanzó una CV de 85,7%, con una variación de 46,8% a 104,9% en las DAS/DPS. La mediana fue de 95,0%, y la media de 87,0%, con un incremento de 14,6%. La CV del país pasó a 98,2% después del MRV, con una variación de 68,2% a 125,0% en las DAS/DPS, una mediana de 101,2% y una media de 99,0%. El mayor incremento de la CV fue entre las DAS/DPS que tenían hasta 74,6% ($p_{25} = 74,6$) que, con 26,1% de incremento, pasó a 94,8%.

Con respecto a la vacuna bVOP, antes de los MRV el país alcanzó una CV de 89,8%, con una variación de 50,9% a 148,9% en las DAS/DPS, una mediana de 94,5% y una media 90,4%, con un incremento de 11,7%. La CV del país pasó a 100,4% después de los MRV, con una variación de 60,2% a 148,9% en las

DAS/DPS, una mediana de 100,1% y una media de 100,7%. El mayor incremento fue entre las DAS/DPS que tenían hasta 75,6% (p_{25}) que, con 24,5% de incremento, pasó a 94,5% (prueba *t* de Student de 12,3 y 10,8, respectivamente, para ambas $p = 0$) (cuadro 2 y figura 2).

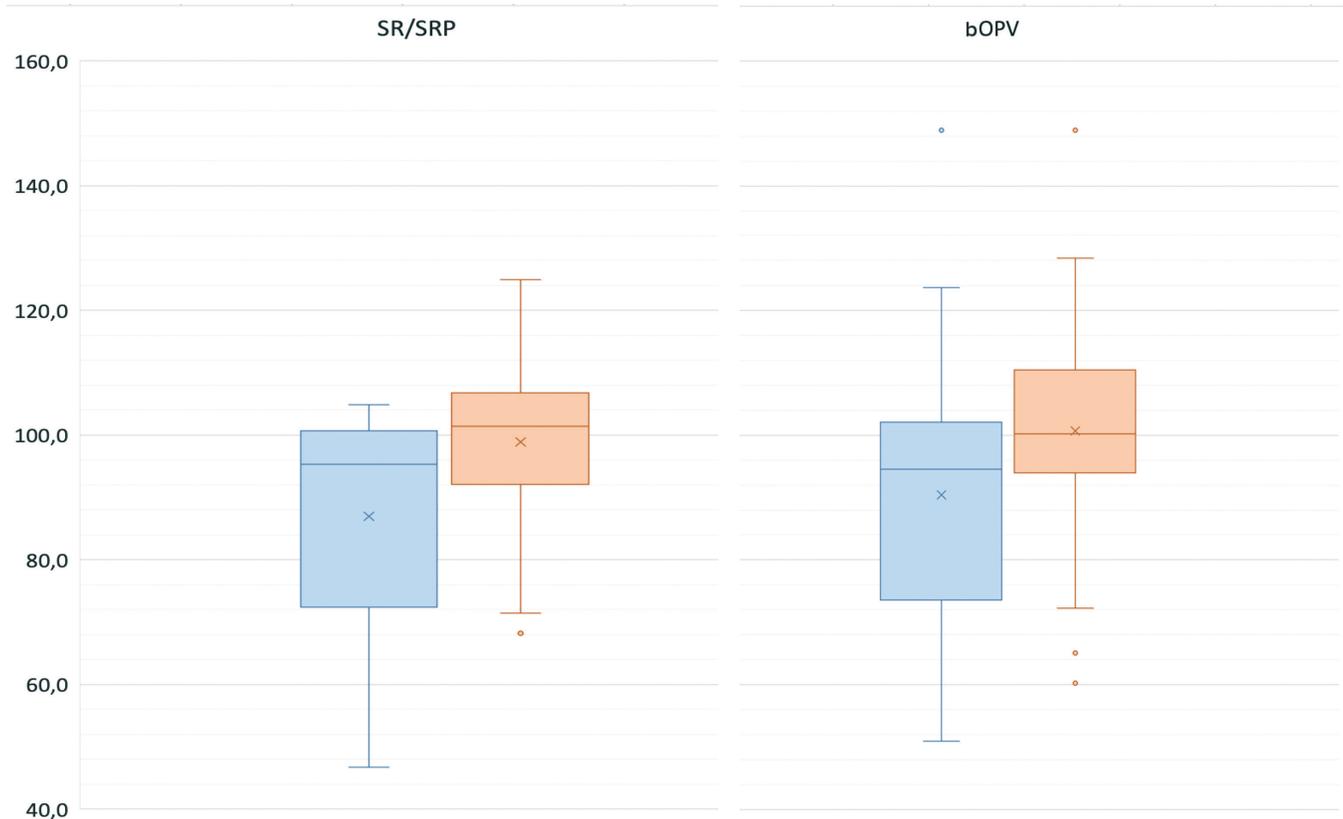
De acuerdo con las entrevistas realizadas a representantes de niño de 1 a 5 años durante los MRV, en 98,9% (46 741) se verificó la dosis de SR, SRP o bOPV, según correspondía en la tarjeta de vacunación. De estos, 62% de los niños fueron vacunados en servicios de salud, y 38%, en sus viviendas.

El mayor número de viviendas visitadas fue en el Distrito Santiago III (7 831), congruente por ser el distrito de mayor concentración poblacional, y el menor número de viviendas visitadas fue en Sabana de la Mar (57), con un promedio de 1 010 casas por municipio. En el total de las casas visitadas en el país, se encontraron 527 niños sin vacunar. Se estableció una correlación con la población de cada municipio (0,58); en el Distrito Santiago I se encontró la mayor cantidad de niños sin vacunar (6% del total).

CUADRO 2. Coberturas de vacunación antes y después de los monitoreos rápido de vacunación, República Dominicana, 2022

Medida	Cobertura de SR antes de los MRV (%)	Cobertura de SR después los MRV (%)	Incremento (%)	Cobertura de bOPV antes de los MRV (%)	Cobertura de bOPV después de los MRV (%)	Incremento (%)
Mínimo	46,8	68,2	45,9	50,9	60,2	18,3
Cuartil 1	74,6	94,8	27,1	75,6	94,5	24,9
Mediana	95,0	101,2	6,6	94,5	100,1	6,0
Cuartil 3	100,5	106,4	5,9	101,3	110,1	8,7
Máximo	104,9	125,0	19,1	148,9	148,9	0,0
Media	87,0	99,0	13,8	90,4	100,7	11,4
País	85,7	98,2	14,6	89,8	100,4	11,7

bOPV, vacuna antipoliomielítica oral bivalente; MRV, monitoreos rápidos de vacunación; SR, vacuna doble viral contra el sarampión y la rubéola.
Fuente: base de datos de la Semana de la vacunación de las Américas 2022 y la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas.

FIGURA 2. Mediana de cobertura de vacunación con las vacunas doble viral y triple viral, República Dominicana, 2022

bOPV: vacuna oral antipoliomielítica bivalente, SR/SRP: vacuna doble viral (sarampión y rubéola)/vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).
Fuente: base de datos de la Semana de la vacunación de las Américas 2022 y la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas.

Con respecto a los antecedentes de vacunación antes de la CVS, se encontró que 84,2% tenía dos o más dosis de SPR, y 14% no tenía ninguna dosis. En el caso de la vacuna bOPV, las CV a nivel de municipio varió de 16,7% a 220,6%; 50% de los municipios tenía menos de 93% y 50% estaban entre 72,5% y 109,1% ($p_{25} = 72,5$ y $p_{75} = 109,1$); la media de la cobertura fue de 93% (DE: 32,3). Luego de los MRV hubo una variación en los datos; en los municipios la cobertura varió de 18,6% a 222%; 50% de los municipios tenía menos de 101,9% y 50% estaban entre 90% y 117% ($p_{25} = 90$ y $p_{75} = 117$), la media de la cobertura fue de 102,9% (DE: 22,4). Se observa una variación porcentual de las coberturas antes y después del MRV, de 11% (valor menor) y 0,6% (valor mayor), respectivamente. Antes del MRV, 7,9% presentaban una cobertura de 95% a 99%, y 40,8% mostraban una cobertura >100%; después de los MRV, 12,2% presentaban una cobertura de 95% a 99%, y 54,9% mostraban una cobertura >100%. El valor de la media de cobertura después del monitoreo aumentó 11%.

Antes del inicio de la vacunación en el 2022, la cobertura de vacunación con la primera dosis de SRP (SRP1) varió de 17,6% a 301,4%; 50% de los municipios tenía una cobertura menor de 82%; según el valor de los cuartiles, 50% tenían una cobertura entre 68,1% y 100% ($p_{25} = 68,1$ y $p_{75} = 100$), la media de cobertura fue de 88% (DE = 40,1). Para la segunda dosis de la SRP (SRP2), la cobertura varió de 6% a 158%; el 50% de los municipios tenía una cobertura menor de 56,7%, y 50% mostraban una cobertura entre 36,41% y 75,1% ($p_{25} = 36,4$ y $p_{75} = 75,1$), la

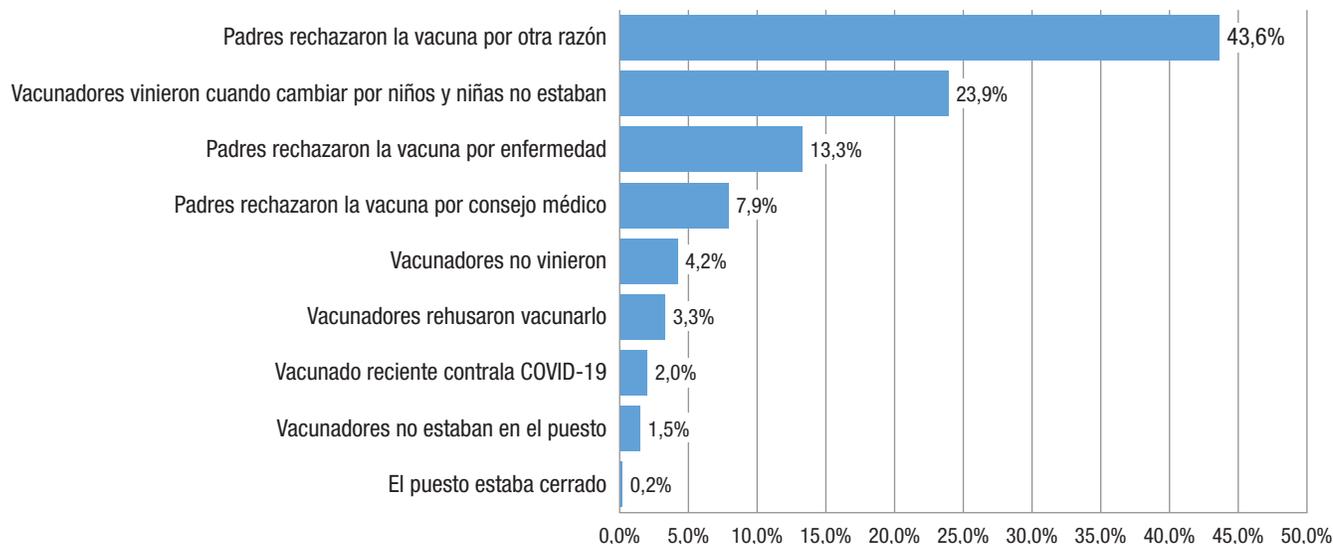
media de cobertura fue de 57% (DE = 31,4). En el 2022, el valor de la media de cobertura de la SRP1 es mayor que para la SRP2 (prueba t de Student: 10,6; $P = 0$). Cuando se compara el valor mayor de la cobertura de SRP2 por municipio para el 2022 con la cobertura alcanzada luego de los monitoreos, se observa una variación de 4%. Cuando se compara la media de cobertura de SRP2 con la media de cobertura de SR luego de los monitoreos, se observa que esta última es mayor que la primera (prueba t de Student: 15,4; $P < 0,05$).

Luego de los MRV, la vacunación con SR evidencia que 31 (20%) de los municipios tenían coberturas de 95% a 99%, en tanto que para la vacuna bOPV, solo 22 municipios un poco menor 22 (14%); estas coberturas se consideran óptimas.

Es importante destacar que entre los motivos de no vacunación durante la CVS se encuentran el rechazo de los padres a la vacuna por enfermedad y por otras razones, y que los vacunadores habían realizado las visitas cuando los niños no estaban en la casa (figura 3).

DISCUSIÓN

Los MRV realizados en el marco de la CVS de alta calidad contra el sarampión y la polio en la República Dominicana es una metodología para medir la eficacia de la CVS como herramienta de fácil aplicación de forma rápida. Permiten la verificación de la coherencia de la CV administrativa y los resultados del MRV en un determinado territorio y tiempo,

FIGURA 3. Motivos de no vacunación durante la campaña de seguimiento de vacunación, 2022, República Dominicana

Fuente: base de datos de la Semana de la vacunación de las Américas 2022 y la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas.

además de identificar los acúmulos de población susceptible para su respectiva vacunación. Es un indicador de desempeño del programa de vacunación que se utiliza como trazador de la protección inmunitaria adquirida para las EPV (10), en el caso particular sarampión y polio.

Los MRV como metodología ampliamente validada a nivel de la Región de las Américas ratificó las necesidades que estos sean realizados por equipos externos y no por los equipos de los centros de salud intervenidos, ya que los resultados fueron superiores a los encontrados por los equipos locales.

El MRV es una oportunidad única luego de la CVS para la identificación rápida de acúmulos de población susceptible, y garantiza la vacunación durante el proceso a través de un plan de contingencia y barrido documentado, aplicable al programa de rutina en caso de control de brotes u otras actividades de intensificación de vacunación.

En la República Dominicana, la intervención aumentó significativamente las CV de la CVS y del programa de rutina en los municipios, con disminución del número de acúmulos de población susceptible y reducción del riesgo de presencia de casos secundarios a la importación, enfermar, complicarse o morir por EPV (en particular, por sarampión, rubéola y poliomielitis). Una de las ventajas de mantener coberturas mayores de 95% es garantizar la protección de la salud infantil con incremento de la inmunidad colectiva, ya que se ha demostrado que la vacunación es una de las intervenciones de atención primaria en salud más costo-efectiva y accesible con equidad a toda la población (11).

El análisis en tiempo real proporcionado por el MRV, de forma sistemática y regular, proporciona una oportunidad de toma de decisión asertiva. También permite que los equipos revisen de manera crítica los datos notificados, para identificar problemas relacionados con la notificación regular, los servicios de vacunación y el suministro de vacunas, entre otros, de acuerdo con los componentes del programa. Todo lo anterior facilita la formulación de intervenciones técnicas eficaces para la precisión y calidad de los datos de CV de las CVS (1). Así

también, la evaluación de los datos de CV disponible a nivel de los municipios constituye un componente esencial para las visitas de supervisión realizadas casa a casa (12).

La planificación de la CVS incluye tanto el control de variables que pueden interferir de manera negativa al evaluar el cumplimiento de los indicadores establecidos como la realización por equipos multidisciplinarios, multiprofesionales y multisectoriales, lo cual garantiza mayor objetividad de los resultados obtenidos. Esta es una herramienta que permite identificar y evaluar el resultado de la vacunación en función de las metas propuestas y los logros alcanzados, así como la coherencia entre los resultados administrativos y los resultados del MRV, con factores relacionados a las brechas identificadas (1).

Los monitoreos realizados en los municipios de la República Dominicana luego de la vacunación con SR y bOPV evidencian que su intervención aumenta las coberturas de manera significativa. El análisis sistemático y regular de los datos de cobertura proporciona una oportunidad de revisar críticamente los datos recopilados para identificar, explicar, resolver o corregir características del sistema de informe que pueden llevar a la imprecisión de los datos de cobertura. Asimismo, la evaluación de los datos de cobertura disponible a nivel de los municipios constituye un componente esencial de las visitas de supervisión realizada casa a casa.

La interpretación de los resultados del presente estudio debe tomar en consideración que los datos de personas vacunadas fueron registrados por los equipos locales de vacunación de forma manual, lo que puede generar subregistro o sobreregistro del número de vacunados. Si se suma el hecho de que la población del denominador se obtiene a partir de las estimaciones anuales que realiza la Oficina Nacional de Estadística, es probable que se vean afectadas las estimaciones de coberturas por municipios. Se recomienda evaluar la calidad de los datos en CVS mediante MRC, considerada una estrategia adecuada en costo-beneficio, Así como también la realización de estudios analíticos que den cuenta de los posibles factores relacionados con las CV en la población objeto en la República Dominicana.

Contribución de los autores MP realizó el diseño metodológico, el diseño de la base de datos, el análisis de los datos y la edición del manuscrito; ALV organizó la información referente al monitoreo rápido de vacunación; AM recopiló los datos; YR realizó la búsqueda de referencias bibliográficas; RDA y DRQL contribuyeron con el análisis de los datos; YA contribuyó en la organización de la información referente al monitoreo rápido de vacunación y ZB contribuyó en la búsqueda de referencias bibliográficas.

Financiación Este artículo ha sido financiado mediante la subvención o el acuerdo de cooperación NU66GH002171 de los

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU.

Conflicto de intereses Ninguno declarado por los autores.

Declaración Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS, ni la opinión oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública. Vacunación y desparasitación para las geohelmintiasis. Washington D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34511>
2. Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd Immunity": a rough guide. *Clin Infect Dis*. 2011;52(7):911-6.
3. Bullen M, Heriot GS, Jamrozik E. Herd immunity, vaccination and moral obligation. *J Med Ethics*. 2023;49(9):636-641
4. Castañeda Guillot CD, La vacunación y sus retos. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2021;IX(11).
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Inmunización. Nueva York: UNICEF; 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/inmunizacion>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización. Washington D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/inmunizacion>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Datos y estadísticas de inmunización. Washington D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización. Campus Virtual de Salud Pública. Washington D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/herramientas-para-el-monitoreo-de-coberturas-de-intervenciones-integradas-de-salud-publica>.
9. Saboyà-Díaz MI, Morice A, Danovaro-Holliday C, Matus CR, Castellanos LG, Velandia-González MP. Experiencia del desarrollo de herramientas para el monitoreo de coberturas de vacunación y quimioterapia preventiva. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e141.
10. Dietz V, Venczel L, Izurieta H, Stroh G, Zell ER, Monterroso E. Assessing and monitoring vaccination coverage levels: lessons from the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(6).
11. Romero M, Sandoval M, Tamayo K, Vivas J, Vizcaya C, D'Apollo R. Cobertura y cumplimiento del esquema de inmunizaciones en niños hasta 5 años, las Cuibas, estado Lara. *Revista Venezolana de Salud Publica*. 2013;2(1).
12. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Immunization essentials: a practical field guide. Washington D.C.: USAID; 2003.

Manuscrito recibido el 28 de marzo del 2024. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 30 de agosto del 2024.

Rapid vaccination monitoring and its impact on vaccination coverage for high-quality catch-up campaigns in the Dominican Republic, 2023

ABSTRACT

Objective. To assess the contribution of rapid vaccination monitoring to the achievement of vaccination coverage targets in catch-up vaccination campaigns.

Methods. Data on catch-up vaccination were obtained from the database of the Directorate of Vaccine-Preventable Diseases. Data analysis was performed in Stata V.15[®]. Frequency and summary statistics were calculated; the *p* value was used to determine statistical significance. The change in mean coverage between interventions was assessed with Student's *t*-test.

Results. During the catch-up campaign, 815,482 children in 157 municipalities were immunized, and 2,431 rapid monitoring activities were carried out. Prior to rapid monitoring, measles and rubella (MR) vaccine coverage was 85.7%, while bivalent oral polio vaccine (bOPV) coverage was 89.9%; coverage was homogeneous in 78% of municipalities. After rapid monitoring, MR coverage rose to 98.7% and bOPV coverage to 100%. MR coverage increased by 14.6% and bOPV coverage by 11.7%; both changes were statistically significant (Student's *t*-test: 12.3 and 10.8, respectively; *P* = 0).

Conclusion. Rapid monitoring is a useful strategy for validating coverage during catch-up vaccination campaigns and should be carried out by outside teams. The reported data can be used to improve the accuracy of coverage data. Rapid monitoring is an appropriate strategy from a cost-benefit standpoint, and we recommend its use to assess data quality during catch-up vaccination campaigns.

Keywords

Vaccination coverage; immunization programs; measles; rubella; poliomyelitis; Dominican Republic.

Monitoramento das estratégias de vacinação e impacto nas coberturas de vacinação para campanhas de seguimento de alta qualidade na República Dominicana, 2023

RESUMO

Objetivo. Avaliar a contribuição do monitoramento das estratégias de vacinação (MEV) para alcançar as metas de cobertura vacinal das campanhas de vacinação de seguimento.

Método. Os dados foram obtidos do banco de dados disponível no Departamento de Doenças Imunopreveníveis sobre as campanhas de vacinação de seguimento. A análise dos dados foi realizada no Stata V.15[®]. Foram calculadas medidas de frequência e resumo; a significância estatística foi avaliada pelo valor de *P*. A mudança na cobertura média entre as intervenções foi avaliada usando o teste *t* de Student.

Resultados. Durante a campanha de seguimento, foram vacinadas 815 482 crianças em 157 municípios, e foram realizadas 2 431 atividades de MEV. Antes do MEV, a cobertura da vacina dupla viral contra sarampo e rubéola (SR) era de 85,7%, e a da vacina oral contra poliomielite bivalente (VOPb), de 89,9%; as coberturas eram homogêneas em 78% dos municípios. Após o MEV, a cobertura de SR era de 98,7%, e a da VOPb, de 100%. A cobertura da SR aumentou em 14,6%, e a cobertura da VOPb, em 11,7%; ambos os valores foram estatisticamente significantes (valores de *t* de Student: 12,3 e 10,8, respectivamente; *P* = 0).

Conclusão. O monitoramento das estratégias de vacinação é uma estratégia útil para validar as coberturas nas campanhas de seguimento, e deve ser realizado por equipes externas. Os dados informados permitem diminuir a imprecisão dos dados de cobertura. Recomenda-se avaliar a qualidade dos dados das campanhas de vacinação de seguimento usando o MEV, que é considerado uma estratégia adequada em termos do custo-benefício.

Palavras-chave

Cobertura vacinal; programas de imunização; sarampo; rubéola; poliomielite; República Dominicana.