

Preocupaciones acerca de la vacunación del niño inmigrante

N. García Sánchez^a, F. de Juan Martín^b

^aPediatría, Centro de Salud Delicias Sur.

^bPediatría, Unidad de Infecciosas, Hospital Infantil Miguel Servet.
Zaragoza.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:53-66

Nuria García Sánchez, lescosa@able.es

Resumen

La llegada de niños inmigrantes a nuestro país supone un reto para el trabajo de todos los pediatras. Para atender a estos niños se necesitan actividades de promoción y prevención de la salud. Entre ellas es de gran importancia la adecuación de inmunizaciones realizada en los centros de Atención Primaria.

Los cambios continuos en el calendario vacunal deben aplicarse a todos los niños y deben contemplarse en el programa de vacunaciones de niños inmigrantes, lo cual supone un incremento en la complejidad de los calendarios acelerados.

Los niveles de cobertura vacunal son inferiores en las poblaciones de niños inmigrantes comparados con los niveles de cobertura de los niños nacidos en el país, especialmente frente a la vacunación contra Haemophilus influenzae tipo b y Hepatitis B. Este hecho es muy preocupante dado que, por lo general, estos niños viven en condiciones precarias y tienen un riesgo de exposición incrementado.

Por otra parte, la aplicación de calendarios completos a niños con antecedentes vacunales desconocidos podría conducir a una sobrevacunación, con posibles reacciones de sensibilización.

Asimismo, se han descrito brotes epidémicos de Hepatitis A originados al regreso de un viaje de estos niños al país de origen de sus padres.

Una comunidad no está adecuadamente protegida frente a enfermedades prevenibles mediante vacunación si no se obtienen tasas altas de cobertura vacunal. Por todo ello se deberían diseñar estrategias que permitan incrementar las coberturas vacunales en los niños inmigrantes con vistas a mejorar la efectividad de un programa de vacunación.

Palabras clave: Migración internacional, Programas de inmunización.

Abstract

The arrival of immigrant children to our country means a challenge for all Paediatricians. To take care of these children, Health Promotion Activities are needed. Among them, updating the immunization schedule in Primary Health Care is of great importance.

Continuous changes in Vaccination Schedule must be applied to all children and should be provided in Immigrant Children Vaccination Programs, which means an increase in complexity of Catch-up Schedule Immunization.

Levels of vaccination coverage are lower among immigrant children population than in national-born children, especially against Haemophilus influenzae typo b and Hepatitis B. This fact produces deep concern because of the frequent tendency of these children to live under precarious conditions and to present increased risk of exposure.

On the other hand, the application of the Catch-up schedule Immunization to unknown vaccination records children could lead children to an excess immunization, with possible sensibilization reactions.

Besides, local epidemics of Hepatitis A have been reported when these children return from a travel to their parents' countries.

No community is properly protected against vaccine-preventable diseases without high vaccination coverage. Therefore, strategies, which could increase immigrant children vaccination coverage, should be created so that effectiveness of Immunization Programs could be improved.

Key words: Emigration and immigration, Immunization programs.

Introducción

Debido a los cambios sociales experimentados en los últimos tiempos, todos los pediatras atendemos diariamente en nuestros trabajos a niños de orígenes y razas muy diversas, personas que hablan distintos idiomas, o incluso que, hablando el mismo que nosotros, expresan cosas distintas.

Todo ello nos obliga a aprender cada día cosas nuevas. Desde el uso de un nuevo lenguaje, siempre individualizado y digno, al manejo con soltura de situaciones nuevas.

En distintos medios han surgido muchas iniciativas para mejorar la atención de los inmigrantes.

Los profesionales que trabajamos en Atención Primaria (AP) nos planteamos las siguientes cuestiones:

1. ¿Deben estos niños recibir una atención médica especial?
2. ¿Deben realizarse pruebas de cribado?
3. ¿Cómo conseguir una protección frente a enfermedades inmunoprevenibles adecuada?

Lo que llamamos "protocolo de acogida" pretende orientar en este sentido; es el primer eslabón de una cadena de actividades que deben conducirnos a la consecución de los objetivos que nos planteamos: mejorar el nivel de salud de los niños inmigrantes y adecuar su inmunización. Es imprescindible que sepamos cómo adecuar un calendario vacunal. Asimismo, conocer las enfermedades prevalentes en niños inmigrantes nos ayudará a planificar las pruebas oportunas en cada caso.

Primera visita del niño inmigrante

Generalmente está motivada por algún problema de salud o circunstancia que preocupa a la familia o al propio niño; en ocasiones acuden espontáneamente para realizar el estudio de llegada y actualizar las vacunas. Debemos tratar de solucionar el problema motivo de la primera consulta, pero sin demora iniciar el protocolo de acogida.

El protocolo de acogida comienza con:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Solicitud de pruebas de cribado básicas que incluya Prueba de Mantoux.
- Pruebas específicas según sospecha clínica.

Conviene enlazar visitas de forma que en cada una de ellas se entreguen resultados y se vayan administrando vacunas.

Si el niño presenta signos de malnutrición, es conveniente realizar un nuevo control de peso y talla a los seis meses para valorar si se produce un crecimiento recuperador adecuado.

Una vez conseguida la “normalización” del niño, sería incluido en el Programa de Salud Infantil como todos los niños de nuestra comunidad. Se recomienda consultar los distintos protocolos disponibles¹⁻³ e individualizar siempre cada caso.

A los pacientes procedentes de áreas de endemicidad media o alta de Hepatitis B (HB) (Japón, Europa oriental, Mediterráneo, Asia Suroccidental, Asia suroriental, China, África tropical) se les evaluará previamente mediante estudio serológico.

A las 72 horas, cuando el paciente acude a la lectura de la prueba de tuberculina, se procede a la actualización de las vacunas según el siguiente esquema:

1. Niños sin documento vacunal o con vacunaciones no fiables (adoptados procedentes de Rusia, China y este de Europa): se aplicará un calendario acelerado de vacunaciones.

2. Niños con vacunaciones incompletas, por interrupción de pautas o por haber recibido sólo las vacunas contempladas en el “Programa ampliado de inmunizaciones” de la OMS (PAI). Se procederá a completar la vacunación y las dosis pendientes sin comenzar de nuevo las pautas. El objetivo es alcanzar el número de dosis mínimas para considerar a un niño bien vacunado.

Proporcionar siempre al niño un libro de salud infantil. Registrar las vacunas administradas en dicho libro, en la historia clínica y en el sistema informático si se dispone de ello.

Al aplicar el calendario completo acelerado se pretende alcanzar el estatus

vacunal de nuestra comunidad en el menor tiempo posible. Se debe planificar la secuencia de forma que sea de fácil cumplimiento. Si suponen una mala aceptación las múltiples inyecciones, puede negociarse una administración secuencial distinta, pero siempre con el compromiso del cumplimiento. Deben respetarse los intervalos mínimos entre las dosis de vacunas.

Circunstancias y dificultades para la vacunación de niños inmigrantes y propuestas de solución

Ausencia de certificación vacunal

En muchas ocasiones el niño acude sin disponer de ningún registro vacunal. Según los expertos sólo se pueden admitir como información fiable aquellas

vacunas certificadas con fecha. Por tanto, la información oral no puede aceptarse y supone que el niño debe recibir un calendario acelerado conforme a su edad⁴⁻⁷. En las Tablas I, II y III se exponen los calendarios acelerados según la Asociación Española de Vacunología (AEV). En las Tablas IV y V se expone el calendario acelerado recomendado por la Academia Americana de Pediatría y otros organismos públicos de EE.UU. (ACIP, CDC y AAFP).

Presentación de certificados poco fiables

Cuando se dispone de certificación, podemos tener dudas de su autenticidad, especialmente en niños procedentes de orfanatos de Rusia, China y este de Europa. Se aconseja revisar fechas de

Tabla I. Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa en niños menores de 24 meses de edad (según la AEV⁶)

| Meses contados a partir de la primera visita | | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|
| 0 | 2 meses | 4 meses | 12 meses |
| DTPa | DTPa | DTPa | DTPa |
| HB | HB | HB | |
| Hib ^a | Hib | Hib | Hib |
| MnC ^b | MnC | MnC | |
| VPI | VPI | VPI | VPI |
| TV | | | |

^a Según la edad de inicio: menor de 7 meses: 4 dosis; 7-11 meses: 3 dosis; 12-14 meses: 2 dosis; mayor de 15 meses: 1 dosis.

^b Según la edad de inicio: mayor de 12 meses: 1 dosis.

vacunación, edades de aplicación e intervalos entre las dosis.

Cuando se tengan dudas de la autenticidad, podría ser prudente no tener en consideración la documentación aportada, proponiendo el comienzo de la vacunación con un calendario acelerado según edad.

Certificados en idiomas y caracteres incomprensibles

A veces nos presentan certificados escritos en otros idiomas y en caracteres distintos (árabe, cirílico, chino) que no comprendemos.

Cuando no entendamos la certificación, sería aconsejable la traducción

Tabla II. Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa en niños de 2 a 6 años de edad (según la AEV⁶)

| Meses contados a partir de la primera visita | | | | | |
|--|-----------------|---------|---------|-------------------|-------------------|
| 0 | 1 mes | 2 meses | 6 meses | 12 meses | 24 meses |
| TV | TV ^a | | | | |
| DTPa | | DTPa | | DTPa ^b | DTPa ^c |
| HB | HB | | HB | | |
| Hib | | | | | |
| MnC | | | | | |
| VPI | | VPI | | VPI ^d | VPI ^d |

^a La 2.^a dosis en un período comprendido entre las 4 semanas posteriores y los 6 años.

^b A los 8-12 meses de la 2.^a dosis.

^c A los 12 meses de la 3.^a dosis o en 1.^o de primaria. Son aceptables 4 dosis.

^d La 3.^a dosis a los 8-12 meses de la 2.^a dosis. Valorar una 4.^a dosis 12 meses después de la 3.^a. Si VPI, la 4.^a dosis no es necesaria si tiene 4 años o más.

Tabla III. Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa en niños de 7 a 18 años de edad (según la AEV⁶)

| Meses contados a partir de la primera visita | | |
|--|-------|-----------------|
| 0 | 1 mes | 6 meses |
| dT | dT | dT ^a |
| HB | HB | HB |
| TV | TV | |
| MnC ^b | | |
| VPI | VPI | VPI |

^a La 3.^a dosis se puede administrar a los 6-12 meses de la 2.^a. Recuerdo de dT cada 10 años.

^b Según comunidades.

del certificado por personas cualificadas. Como esto muchas veces no es posible, aconsejamos consultar el buscador de calendarios vacunales internacionales de la OMS⁸. Con ello podemos deducir a qué tipo de antígenos corresponden las vacunaciones registradas.

Tabla IV. Calendario acelerado para niños de 4 meses a 6 años (según la AAP⁷)

| Vacuna | Edad mínima de inicio | Intervalo mínimo con la anterior dosis | | | | Número total de dosis |
|---------------------|------------------------------|---|--|--------------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| | 1.ª dosis | 2.ª dosis | 3.ª dosis | 4.ª dosis | 5.ª dosis | |
| DTPa | 6 semanas | 4 semanas | 4 semanas | 6 meses | 6 meses | 4-5 dosis ^a |
| VPI | 6 semanas | 4 semanas | 4 semanas | 4 semanas | | 3-4 dosis ^b |
| HB | Recién nacido | 4 semanas | 8 semanas De 1.ª a 3.ª 16 semanas | | | 3 dosis |
| TV | 12 meses | 4 semanas | | | | |
| Varicela | 12 meses | | | | | |
| Hib | 6 semanas | | | | | Según edad de inicio |
| | Edad de inicio < 12 meses | 4 semanas | 4 semanas (si < 12 meses) 8 semanas UD (si > 12 meses y si dosis previa < 15 meses) | 8 semanas (UD si 12 meses-5 años) | | 3-4 dosis |
| | 12-14 meses > 15 meses UD | 8 semanas UD | | | | 2-3 dosis 1 dosis ^c |
| Neumococo conjugada | 6 semanas | | | | | |
| | Edad de inicio | | | | | |
| | < 12 meses | 4 semanas (si edad actual < 24 meses) | 4 semanas (si edad actual < 12 meses) | 8 semanas UD si edad 12 meses-5 años | | 4 dosis |
| | > 12 meses | 8 semanas UD (si edad actual 24 meses-59 meses) | 8 semanas UD | | | 2-3 dosis |
| | > 24 meses UD (si niño sano) | | | | | 1 dosis ^d |

^a DTPa: no es necesaria 5.ª dosis si la 4.ª se administró cuando el niño tenía 4 años o más.

^b VPI: no es necesaria 4.ª dosis si la 3.ª se administró cuando el niño tenía 4 años o más.

^c HIB: sólo se precisa una dosis si la 1.ª se administró cuando el niño tenía 15 meses o más.

^d Neumococo heptavalente: en niños sanos sólo se precisa una dosis si la 1.ª dosis se administró con 2 años o más.

UD: última dosis.

Presentación de certificados fiables pero con vacunación incompleta

Se puede observar que el niño tiene las vacunas con fecha y sello, pero probablemente carecerá de alguna de las vacunas que reciben los niños de nuestra comunidad por las diferencias que supone el PAI y nuestro calendario vacunal.

Las diferencias del PAI y nuestros estándares son en grandes rasgos las siguientes (Tablas VI y VII):

- Los niños son vacunados con BCG en la primera semana de vida.

- En muchos países se administra vacuna antisarampionosa monovalente a los 9 meses de edad, con la posible inactivación por los anticuerpos maternos. Requerirá la aplicación de una vacuna triple vírica a partir de los 12 meses de vida.
- Si se ha recibido vacunación anti-HB, puede haberse administrado pasada la primera semana de vida, lo que probablemente no evitará la transmisión perinatal de la enfermedad si la madre es portadora del antígeno de superficie HbsAg.

Tabla V. Calendario acelerado para niños de 7 a 18 años (según la AAP²). Intervalos entre dosis vacunales

| Vacuna | 2.ª dosis | 3.ª dosis | Refuerzo |
|---|-----------|--|----------|
| Intervalo mínimo con la dosis anterior | | | |
| Td | 4 semanas | 6 meses | 10 años |
| VPI | 4 semanas | 4 semanas | |
| HB | 4 semanas | 8 semanas (16 semanas después de la 1.ª dosis) | |
| TV | 4 semanas | | |
| Varicela | 4 semanas | | |

Tabla VI. Programa ampliado de vacunaciones de la OMS. Niños menores de 11 meses

| Vacuna | Edad | | | | |
|-----------------|---------------|-----------|------------|------------|---------|
| | Recién nacido | 6 semanas | 10 semanas | 14 semanas | 9 meses |
| BCG | X | | | | |
| Polio oral | | X | X | X | |
| DTP | | X | X | X | |
| HB esquema A | X | X | | X | |
| HB Esquema B | | X | X | X | |
| Hib | | X | X | X | |
| Fiebre amarilla | | | | | X |
| Sarampión | | | | | X |

La vacuna antisarampión (monovalente) se administra a partir de los 9 meses.

La vacuna frente a la fiebre amarilla se administra en zonas de riesgo a partir de los 9 meses.

- La vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) no siempre se administra.
- No se contempla la vacunación frente a meningococo C.

Todo ello a pesar de que desde marzo de 2002 la OMS ha incluido la vacunación anti-HB y anti-Hib en el PAI. Pero la realidad es que muchos países no han

sido capaces de poder asumir estos cambios.

En niños inmigrantes se han descrito coberturas vacunales más bajas, especialmente en la vacunación anti-HB y anti-Hib, siendo especialmente preocupante porque se trata de colectivos con mayor riesgo de exposición por sus condiciones de vida⁹.

Tabla VII. Consejo Interterritorial del SNS. Calendario vacunal recomendado para 2005 (aprobado en la reunión del 2 de marzo de 2005) (www.msc.es)

| Vacunas | Edad | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------|--------------------------|--------------------|----------|----------|--------------------|--------|-------------------|--------|---------|---------|------------------|---------|---------|
| | 2 meses | 4 meses | 6 meses | 12 meses | 15 meses | 18 meses | 3 años | 4 años | 5 años | 10 años | 11 años | 13 años | 14 años | 15 años |
| Poliomielitis | VPI 1 | VPI 2 | VPI 3 | | | VPI 4 ¹ | | | | | | | | |
| DTP | DTPe/a 1 | DTPe/a 2 | DTPe/a 3 | | | DTPa 4 | | DTPa 5 ó DT | | | | | | Td |
| Hib | Hib 1 | Hib 2 | Hib 3 | | | Hib 4 | | | | | | | | |
| TV | | | | | TV 1 | | | TV 2 ² | | | | | | |
| HB | | HB 1 y HB 2 ³ | HB 3 | | | | | | | | | HB (3 dosis) | | |
| MnC | MnC 1 | MnC 2 | MnC 3 ⁴ | | | | | | | | | | | |
| Varicela | | | | | | | | | | | | VWZ ⁵ | | |

¹ Se puede contemplar la posibilidad opcional de una quinta dosis que, en caso que se estime necesario, será administrada entre los 4 y 6 años de edad.

² Niños no vacunados en este rango de edad, recibirán la segunda dosis entre los 11 y 13 años.

³ Dosis primera al nacimiento. Dosis segunda con 1 ó 2 meses de edad.

⁴ Para algunas vacunas comercializadas solo se requieren 2 dosis (2 y 4 meses).

⁵ Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad siguiendo instrucciones de la ficha técnica.

Tabla VIII. Dosis mínimas para considerar correctamente vacunado a un niño (AEV⁶)

| Edad | TV | T | D | P | Hib | VPI | HB | MnC |
|-------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|
| Menor de 24 meses | 1 | 4 | 4 | 4 | 1-4 | 4 | 3 | 1-3 |
| 24 meses a 6 años | 2 | 4-5 | 4-5 | 4-5 | 1-4 | 4 | 3 | 1-3 |
| 7-18 años | 2 | 3 | 3 | | | 3 | 3 | |
| Mayor de 18 años | 1 | 3 | 3 | | | | | |

Todas estas circunstancias nos obligan a estar muy atentos para detectar rápidamente a qué niños hay que administrar triple vírica (TV), anti-HB, anti-Hib y anti-meningococo C.

Asimismo, el niño puede no haber completado las pautas de vacunación; actualmente esta circunstancia no obli-

ga a la administración de la pauta vacunal completa, y se acepta que toda dosis puesta es dosis válida. A estos niños les adecuaremos su vacunación procediendo a administrar las dosis que les faltan para igualarse al calendario de nuestra comunidad, respetando los intervalos mínimos y edades aconsejadas.

Tabla IX. Estrategias para mejorar la efectividad de un programa de vacunación en niños inmigrantes^{13,14}

1. Disponibilidad de los profesionales del Centro de Salud.
2. Aprovechar cualquier oportunidad para vacunar, salvo que exista contraindicación formal para ello.
3. Desestimar las falsas contraindicaciones:
 - Enfermedad febril menor o diarrea en un niño sano previamente.
 - Tratamiento antimicrobiano.
 - Convalecencia de enfermedades agudas.
 - Reacción (no anafiláctica) a dosis previas.
 - Prematuridad.
 - Madre gestante.
 - Lactancia materna.
 - Antecedentes familiares de convulsiones.
 - Malnutrición.
 - Tratamiento de insensibilización alérgica.
4. Administrar varias vacunas a la vez con el mínimo número de pinchazos.
5. Marcar la historia del paciente que falta a una vacunación.
6. Recaptación automática, mediante llamada telefónica, de todo niño que falta a la vacunación.
7. Coordinación con otros niveles para fomentar la vacunación: colegios, guarderías, colonias urbanas, campamentos, etc.

Significado de las abreviaturas

DTPa: Vacuna de difteria, tétanos y tos ferina acelular.

Td o dT: Vacuna de difteria y tétanos para adultos (mayores de 7 años).

HB: Vacuna anti-hepatitis B.

Hib: Vacuna de Haemophilus influenza b.

MnC: Vacuna conjugada de meningitis C.

VPI: Vacuna de la polio inactivada, inyectable.

TV: Vacuna triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis).

D: Vacuna de difteria.

d: Vacuna de difteria tipo adultos.

T: Vacuna de tétanos.

P: Vacuna de tos ferina.

Nos guiaremos por las tablas de dosis mínimas para considerar bien vacunado a un niño (Tabla VIII).

Certificados vacunales escritos con nombres comerciales desconocidos aquí

Si al niño le han administrado vacunas extranjeras o con nombres que desconocemos, podemos consultar en las publicaciones disponibles. En el anexo 7 de la *Guía práctica de vacunaciones* de Pícazo figura una relación completa de vacunas extranjeras^{10,11}.

Interrupción de pautas vacunales propuestas en nuestra comunidad

Con frecuencia observamos que una vez planificado el esquema vacunal, el paciente interrumpe su administración por no comparecencia a las citaciones. Este hecho puede conducir a una disminución del nivel de inmunización, coberturas inadecuadas y a la desmoralización del profesional responsable de administrar la vacuna.

La interrupción del esquema vacunal es muy frecuente en grupos de inmigrantes. Existen importantes diferencias de accesibilidad a los servicios de inmunización entre los niños inmigrantes y los autóctonos¹². Los factores que describe W.Y. Sun asociados a este fenó-

meno son: bajos ingresos familiares, primera lengua distinta a la del país de acogida, años de residencia en el nuevo país, etc.

Para evitar las interrupciones que conducirán a bajas coberturas vacunales, se deben diseñar estrategias que favorezcan el cumplimiento del programa vacunal^{13,14} (ver Tabla IX).

Eventualidades que complican la vacunación de niños inmigrantes

La familia puede planificar un viaje a su país de origen

Según el lugar de destino pueden existir distintos riesgos. El niño debe tener su plan de vacunaciones sistemáticas al corriente. Incluso puede ser pertinente adelantar algunas vacunas para que el niño viaje con una primovacuna completa (por ejemplo, si el viaje es a zonas endémicas de polio, se recomienda una administración de 3 dosis de VPI, que podrían administrarse incluso con sólo 4 semanas de intervalo, aunque es preferible 6-8 semanas de intervalo entre las dosis). Procuraremos también que reciba una o dos dosis de vacunación TV, así como anti-HB.

La vacunación contra la fiebre amarilla está sujeta a reglamentación interna-

cional y se desaconseja a niños menores de 9 meses. Está indicada en Sudamérica tropical y en África subsahariana entre los paralelos 15 °N y 10 °S. Para completar información se recomienda consultar fuentes actualizadas de forma permanente^{15,16}.

Según los destinos sería altamente recomendable la vacunación contra fiebre tifoidea.

En el *cinturón de la meningitis* en África subsahariana es recomendable la vacuna anti-meningococo A-C o tetravalente A-C-Y-W135.

Para una valoración cuidadosa el paciente puede ser remitido a los Centros de Vacunación Internacional del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷. Se valorará la aplicación de vacunas frente a otras enfermedades como: cólera, encefalitis centroeuropea, encefalitis japonesa, rabia, tuberculosis, varicela y peste.

Especial atención merece el tema de la importación de casos de hepatitis A en países europeos de baja incidencia, que han experimentado brotes epidémicos al regresar niños inmigrantes tras un viaje al país de origen de sus padres^{18,19}. Cualquier niño que realice un viaje cuyo destino no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Europa Occidental o Nueva Zelanda es candidato a recibir la vacuna anti-hepatitis A.

Esta vacuna puede ser prescrita desde AP y precisa visado de inspección; existen varios preparados infantiles, uno de ellos se administra a niños en el rango de edad de 1 a 18 años, otro en la edad de 2 a 18 años, con la siguiente pauta: una dosis al menos 15 días antes del viaje y un recuerdo a los 6-12 meses.

No debemos olvidar otras medidas de prevención como:

- Toma de fármacos antipalúdicos, si el viaje es a zonas endémicas, que son proporcionados en los Centros de Vacunación Internacional. Debe comenzar una semana antes y terminar 4 semanas después del viaje.
- Prevención de las picaduras de mosquitos con el uso de mosquiteras y repelentes.
- Normas higiénicas para el consumo de agua y alimentos.
- Entrega de recetas para que lleven sobres de solución de rehidratación y normas para su uso en caso de diarrea, antitérmicos en caso de fiebre, etc.

Drepanocitosis

La anemia de células falciformes o drepanocitosis tiene una prevalencia alta en los niños de origen subsahariano (un 2-3% de ellos padecen este proceso, hasta el 40% son portadores del ras-

go drepanocítico). Los niños afectos tienen un riesgo elevado de infecciones bacterianas potencialmente graves, precisan medidas de prevención y tratamiento especiales, entre ellas la administración de la vacuna antineumocócica y antigripal²⁰.

- Vacuna antineumocócica conjugada heptavalente a partir de los 2 meses de edad.
- Vacuna antineumocócica 23-valente a partir de los 2 años de edad, con revacunación a los 5 años de vida.
- Vacunación antigripal anual a partir de los 6 meses de vida.

Aparición de reacciones adversas con la administración de sucesivas dosis

La aplicación del calendario completo a aquellos niños cuyos antecedentes vacunales se desconocen podría conducir a una sobrevacunación y a producir reacciones locales más importantes por sensibilización en aquellos casos en que

hubieran recibido la vacuna previamente. Este fenómeno, aunque poco frecuente, se ha descrito en la vacuna frente a tétanos, difteria y tos ferina. Nos obligaría a una evaluación cuidadosa del paciente, incluyendo estudios serológicos, y en algunos casos a suspender la vacunación frente a estos inmunógenos. En el caso de las vacunas frente a TV, anti-Hib, anti-hepatitis B y polio, no se ha observado este fenómeno²².

Como conclusión habría que destacar que todas estas preocupaciones y dificultades acerca de la vacunación de niños inmigrantes, que conducen a coberturas vacunales no deseables, y por tanto a una protección inadecuada de nuestra comunidad, deberían motivarnos para adquirir habilidades para saber transmitir a los padres la importancia de una vacunación correcta y fomentar en todos los profesionales de los Centros de AP una actitud positiva y de continuo apoyo a la vacunación.

Bibliografía

1. Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [En línea][Fecha de acceso 2003 jun 9]. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
2. Masvidal RS. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [En línea][Fecha de acceso 2003 feb 10]. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
3. Área 11 Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud. Atención al Niño de Origen Extranjero [En línea][Fecha de acceso 2003 abr 14]. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
4. Comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Vacunaciones en situaciones especiales. El niño mal vacunado. Niño de familias inmigrantes. En: Manual de vacunas en Pediatría. 2.ª Ed. Madrid: AEP; 2001. p. 439, 452-461.
5. American Academy of Pediatrics. Inmunización activa y pasiva. Planificación de las vacunas. En: Pickering LK, editor. Red Book 2000: Report of the Committee on Infectious diseases. 25.ª Ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000. p. 23.
6. Calendarios vacunales. Calendario de vacunación para inmigrantes. Asociación Española de Vacunología [En línea][Fecha de consulta 2004 jun 27]. Disponible en <http://www.aev.es/aev/html/necesita/calVac.htm>
7. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious diseases. Recommended Childhood and Adolescent Immunization Schedule: United States, 2005. Pediatrics. 2005;115(1):182.
8. OMS. Buscador de calendarios vacunales internacionales de la OMS [En línea][Fecha de consulta 2004 may 22]. Disponible en: <http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/Countryprofileselect.cfm>
9. Strine TW, Barker LE, Mokdad AH, et al. Vaccination coverage of foreign-born children 19 to 35 months of age: Findings from the National Immunization Survey, 1999-2000. Pediatrics. 2002;110(2):e15.
10. Vacunas extranjeras (Anexo 7). En: Picazo JJ, editor. Guía práctica de vacunaciones 2002. Madrid: Centro de Estudios Ciencias de la Salud; 2002. p. 380-396 [En línea][Fecha de acceso 2004 may 14]. Disponible en: <http://www.vacunetas.net>
11. González de Aledo A. Vacunas extranjeras. Acta Pediatr Esp. 2001;59:56-61.
12. Sun WY, Sangweni B, Butts G, Merlino M. Comparison of immunization accessibility between non-US born and US-born children in New York City. Public Health. 1998;112(6):405-408.
13. National Vaccine Advisory Committee. Standards for Child and Adolescent Immunization Practices. Pediatrics. 2003;112:958-963.
14. Tregnaghi M, Arístegui, J. Oportunidades de vacunación desaprovechadas. Vaccines: Children and Practice. 2000;3:37-39.
15. WHO. International Travel And Health [En línea][Fecha de consulta 2004 may 25]. Disponible en <http://www.who.int/cth>
16. National Centers for Infectious Diseases. Travellers' Health [En línea][Fecha de consulta 2004 may 25]. Disponible en <http://www.cdc.gov/travel/index.htm>
17. Centros de Vacunación Internacional en España (Anexo 1). En: Picazo JJ, editor. Guía práctica de vacunaciones 2002. Madrid: Centro de Estudios Ciencias de la Salud; 2002. p. 367-370 [En línea][Fecha de acceso 2004 may 14]. Disponible en: <http://www.vacunetas.net>

18. Van Gorkon J, Leentvaar-kuijpers A, Kool JL, Coutinho RA. Annual epidemics of hepatitis A in four large cities relates to holiday travel among immigrant children. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1998;142(34):1919-1923.

19. Hoeche CJ. Hepatitis A epidemic in Heerlen in late 1996, importance of immunization in immigrant children. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1998;142(12):680.

20. American Academy of Pediatrics. Health supervision for children with sickle cell disease. *Pediatrics.* 2002;109:526-535.

21. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide. Sixth Edition, 2002 [En línea][Fecha de acceso 2005 ene 31]. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/>

