

Desde Atención Primaria deben implementarse estrategias destinadas a aumentar la captación, procediendo a iniciar o completar la pauta vacunal de los niños, niñas y adultos inmigrantes.

inmunizaciones

en el inmigrante



Los inmigrantes proceden a menudo de comunidades socio-económicamente deprimidas, lo que conlleva una alta probabilidad de que estén insuficiente o incorrectamente vacunados y, por lo tanto, expuestos a agentes infecciosos a los que la población autóctona es inmune. Por otra parte, la precaria situación legal y laboral que frecuentemente soportan en el lugar de destino suele dificultar el acceso a los servicios de salud, lo que es causa de la obtención de bajas coberturas vacunales.

La realización de viajes a los países de procedencia constituye un riesgo específico para el padecimiento de determinadas enfermedades que pueden ser endémicas en la comunidad de origen (sarampión, hepatitis B, hepatitis A, poliomielitis). Esta circunstancia determina la indicación de vacunación, ya que además de constituir un riesgo individual comporta un mayor riesgo de importación y transmisión de agentes infecciosos que se encuentran eliminados o próximos a su eliminación en nuestro país (polio y sarampión).

Desde Atención Primaria deben implementarse estrategias destinadas a aumentar la captación, procediendo a iniciar o completar la pauta vacunal de los niños, niñas y adultos inmigrantes:

- Facilitar la información y el acceso a los servicios de salud.
- Aprovechar la asistencia a la consulta por cualquier problema de salud para supervisar y actualizar el calendario vacunal de todos los miembros de la familia (no desaprovechar oportunidades de vacunación).
- Solicitar la documentación acreditativa o carnet vacunal del país de origen.
- Iniciar o completar el calendario vacunal ajustándose al vigente en Castilla La Mancha, utilizando pautas aceleradas si es preciso. Especialmente en el caso de los niños, debe intentar administrarse el mayor número posible de antígenos en la primera visita. Intentar asegurar al menos la recepción de dos dosis, separadas por un mes, si existe la posibilidad de no poder volver a contactar con el niño.
- Expedir el carnet vacunal de Castilla La Mancha y declarar las vacunas administradas utilizando el apartado de calendarios acelerados de la hoja de declaración nominal de vacunas o registrar en el módulo de vacunas del sistema informatizado de historia clínica (Turriano) las dosis administradas y declarar mensualmente utilizando el formato de salida de esta aplicación informática.

1. Supervisión del estado vacunal

En el caso de los niños y niñas, debe comenzarse haciendo una revisión de las vacunaciones administradas en el país de origen para poder adaptar la pauta seguida al calendario sistemático infantil vigente en Castilla La Mancha. Antes de proceder a la administración de las vacunas correspondientes, es preciso hacer una anamnesis prevacunacional (Anexo II) y tener en cuenta las circunstancias existentes que pudieran contraindicar la vacunación.

En función de la información disponible sobre el estado vacunal, la conducta a seguir es:

- **Si no existe constancia documental de vacunación**, se debe considerar al niño como NO VACUNADO (historia vacunal desconocida) e iniciar el calendario vacunal en función de la edad. En la tabla VII figuran las recomendaciones para actualizar el calendario vacunal en los niños y niñas en los que no existe constancia ni certeza de vacunación previa, teniendo en cuenta que son pautas orientadoras y que en última instancia siempre será el profesional sanitario quien valore cada caso particular. Al objeto de facilitar el cumplimiento se pueden espaciar las vacunas previstas para una sola sesión en varios días.

- La comunicación oral de la vacunación no garantiza la certeza de la administración ni posibilita conocer el tipo de vacuna administrada. Por tanto, es recomendable establecer la pauta de vacunación basándose en la documentación escrita de dosis previas.

- No es necesario iniciar de nuevo las pautas de vacunación en los **niños incompletamente vacunados**. Sólo se debe continuar la vacunación hasta completar las dosis que faltan. En la tabla VIII figura el número de dosis mínimas recomendadas para considerar una vacunación completa.

Las dudas sobre el estado vacunal pueden resolverse investigando el estado inmunológico mediante serología. Si no es posible o adecuado, se procederá a considerar al inmigrante como no vacunado y administrar la totalidad de las vacunas propias de la edad. Es recomendable aplicar el calendario vacunal mediante pautas aceleradas (calendario acelerado).

Aunque el niño hubiera sido efectivamente vacunado en su país, las dosis adicionales de vacunas de microorganismos vivos no se asocian a un mayor número de reacciones adversas, e incluso refuerzan la inmunidad. Las dosis adicionales de vacunas inactivadas inducen títulos de anticuerpos elevados, si bien pueden asociarse a una mayor reactogenicidad, generalmente de tipo local.

Inmunizaciones en el inmigrante

Los adultos deberán actualizar su calendario de vacunación frente a poliomielitis, tétanos, difteria, hepatitis B, sarampión, parotiditis y rubéola, de acuerdo a las pautas que figuran en la tabla VII y según pertenencia a grupo de riesgo.

Es recomendable administrar la vacuna frente a la hepatitis A a aquellos niños y niñas nacidos en Castilla-La Mancha que sean hijos de padres inmigrantes procedentes de un país endémico para esta enfermedad, previamente a la realización de un viaje al país de origen paterno.

Los inmigrantes que después de residir un tiempo en España deseen retornar a su país (incluyendo vacaciones), deberán recibir asesoramiento sobre recomendaciones de inmunización para viajeros internacionales (vacunas, profilaxis antipalúdica), especialmente en niños nacidos en España que viajan al país de origen de sus padres.

Tabla VII. Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa

Edad	Meses contados a partir de la primera visita					
	0	1	2	4	6	12 24
<24 meses	DTP/DTPa ⁽¹⁾ Hepatitis B ⁽²⁾ Hib ⁽³⁾ Mening. C ⁽⁴⁾ VPI Triple Vírica ⁽⁵⁾		DTP/DTPa Hepatitis B Hib Mening. C VPI	DTP/DTPa Hib Mening. C VPI	Hepatitis B	DTPa Hib VPI
24 meses a 6 años	DTPa Hepatitis B ⁽²⁾ Hib Mening. C VPI Triple Vírica	DTPa Hepatitis B VPI Triple Vírica ⁽⁷⁾	DTPa VPI		Hepatitis B	DTPa DTPa ⁽⁶⁾ VPI
7 a 18 años	Td Hepatitis B ⁽²⁾ Mening. C VPI ⁽¹⁰⁾ Triple Vírica	Td Hepatitis B VPI Triple Vírica ⁽⁹⁾			Td ⁽⁸⁾ Hepatitis B ⁽¹¹⁾ VPI	
> de 18 años (si pertenece a un grupo de riesgo)	Td Hepatitis B VPI ⁽¹⁰⁾ Triple Vírica	Td Hepatitis B VPI			Td ⁽⁸⁾ Hepatitis B ⁽¹¹⁾ VPI	

- DTP: Vacuna frente a Difteria, Tétanos, Tos ferina (Pertusis de célula completa)
- DTPa: Vacuna frente a Difteria, Tétanos, Tos ferina (Pertusis acelular)
- Hepatitis B: Vacuna frente al virus de la Hepatitis B
- Hib: Vacuna frente al Haemophilus influenzae b
- Mening. C: Vacuna frente al Meningococo C
- Td: Vacuna frente a Tétanos y Difteria, tipo adulto
- Triple Vírica: Vacuna frente a Sarampión, Rubéola, Parotiditis
- VPI: Vacuna antipoliomielítica inactivada

- (1) Si el niño es mayor de 18 meses se administrará vacuna acelular frente a tos ferina.
- (2) Se puede dar en régimen 0,1 y 6 meses. Se realizarán marcadores previamente (HBsAg, antiHBs, antiHBc) a los niños y niñas provenientes de zonas endémicas (no se consideran zonas endémicas: norte y oeste de Europa, Norteamérica, Méjico, zona meridional de América del sur, Australia y Nueva Zelanda).
- (3) Según la edad de inicio de la vacunación: Menores de 7 meses: 4 dosis; Niños entre 7-11 meses: 3 dosis; Niños entre 12-14 meses: 2 dosis; Mayores de 15 meses: 1 dosis.
- (4) Según la edad de comienzo de la vacunación y el preparado comercial utilizado: menores de 5 meses que vayan a ser vacunados con Meningitec o Menjugate: 3 dosis separadas por intervalos de 2 meses; Niños de 6 a 11 meses que vayan a ser vacunados con Meningitec o Menjugate: 2 dosis separadas por un intervalo de 1 mes; Menores de 11 meses que vayan a ser vacunados con NeisVac-C: 2 dosis; Mayores de 12 meses: 1 dosis, independientemente del preparado comercial utilizado.
- (5) A partir de los 12-15 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no contabilizan).
- (6) A los 12 meses de la cuarta dosis o coincidiendo con la dosis de los 6 años. Si la cuarta dosis se administra a los 4 o más años, no es necesaria la dosis de los 6 años.
- (7) La segunda dosis se puede administrar en el periodo comprendido entre las 4 semanas posteriores a la recepción de la primera dosis y los seis años de edad.
- (8) La tercera dosis se puede administrar a los 6-12 meses de la segunda. Recuerdos cada 10 años.
- (9) La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis.
- (10) Para los que provengan de: Afganistán, Angola, Bangla Desh, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Congo, Costa de Marfil, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, India, Indonesia, Irán, Iraq, Mauritania, Myanmar, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia, Sudan, Tailandia, Togo y Yemen y para los que convivan con ellos. La tercera dosis se administrará a los 6-12 meses de la segunda.
- (11) A los 6 meses de la primera dosis.

Tabla VIII. Número de dosis recomendadas para considerar correcta la vacunación

Edad	Triple vírica	Tétanos	Difteria	Tos ferina	Haemophilus influenzae tipo b	Polio	Hepatitis B	Meningococo C
< 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	3	1
7-18 años	2	3	3			3	3	1
>18 años	1	3	3			3	3	

(*) En caso de recepción previa de vacuna antisarampión monovalente por encima de los 12 meses de edad, se administrará una dosis de triple vírica a los 4-6 años de edad. Si recibió una dosis de vacuna antisarampión monovalente o de triple vírica antes de cumplir 12 meses, se administrará una dosis de triple vírica en el momento de la visita y otra a los 6 años de edad.

(**) Según la edad de comienzo de vacunación: Menores de 7 meses: 4 dosis; entre 7-11 meses: 3 dosis; entre 12-14 meses: 2 dosis; mayores de 15 meses: 1 dosis.

(***) Según la edad de comienzo de vacunación y la vacuna utilizada: Menores de 5 meses: 2 o 3 dosis; entre 6-11 meses: 2 dosis; mayores de 12 meses: 1 dosis.

2. Características de la vacunación en los países de origen

- Escasa fiabilidad de los documentos de registro de vacunación de ciertos países. Los expedidos en Iberoamérica, India, Corea, Vietnam y Camboya son, en principio, fiables. Los expedidos en Europa del Este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si pertenecen a niños previamente institucionalizados. Algunos datos que pueden hacer pensar en registros falsificados son, por ejemplo, la administración de una o más vacunas antes de la fecha de nacimiento, dosis puestas siempre el mismo día del mes, intervalos entre dosis muy cortos, administradas antes o después de lo que corresponde.
- En los países en vías de desarrollo, las vacunas administradas suelen estar mal conservadas (cadena del frío rota o inexistente) o caducadas. Muchas veces la dosificación o la técnica de administración es incorrecta.
- La vacuna administrada frente al sarampión a menudo es monovalente, por lo que no se está protegido contra la parotiditis ni la rubéola. Es importante tener en cuenta que suele ser administrada de forma precoz a los 8-9 meses de edad y por ello el antígeno vacunal ha sido neutralizado por anticuerpos maternos transplacentarios. En estos casos es recomendable que los niños y niñas sean revacunados con la vacuna triple vírica a partir de los 12 meses de edad.
- La vacunación neonatal frente a la hepatitis B (y la administración de inmunoglobulina anti-hepatitis B) en hijos de madres portadoras de HBsAg se realiza en muchos países pasada la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical. En estos niños se debe descartar el estado de portador crónico del virus de hepatitis B.
- La infección por VHB es más prevalente entre los inmigrantes del África subsahariana y países asiáticos septentrionales. La prevalencia es menor entre los procedentes de América del Sur. Debido a ello, en el caso de inmigrantes americanos es más eficiente la vacunación, mientras que en los subsaharianos y procedentes de países del norte de Asia es más eficiente efectuar el cribado serológico.
- Los inmigrantes procedentes de América Latina y el Magreb han podido ser vacunados al nacer con la vacuna BCG. Es sencillo comprobar esta situación, buscando la cicatriz que deja en el deltoides. Este dato es importante para interpretar el resultado de la intradermoreacción de Mantoux.

- Los niños afectados de malnutrición, estados carenciales o infecciones intercurrentes (diarrea, paludismo, parasitosis intestinales) pueden haber tenido una pobre respuesta inmunológica a las vacunas administradas.
- Los calendarios de vacunación de los países en vías de desarrollo no incluyen las vacunas contra *haemophilus influenzae* tipo B y meningococo C.
- Pocos países incluyen la vacunación frente a rubéola en los calendarios sistemáticos, lo que hace que entre los inmigrantes sea alta la tasa de mujeres susceptibles en edad fértil (especialmente en las mujeres de origen sudamericano). En condiciones que favorezcan la circulación del virus es posible la aparición de casos entre los susceptibles, e incluso su diseminación a la comunidad. Por tanto, es recomendable la valoración del estado inmunitario frente a rubéola y proceder a la vacunación de las mujeres seronegativas en edad fértil y los hombres que convivan con ellas. En la actualidad, en España debe utilizarse la vacuna triple vírica. Antes de la vacunación de las mujeres se comprobará que no existe embarazo y se recomendará un método anticonceptivo para garantizar que no se produce un embarazo en los tres meses siguientes a la administración de la vacuna, por el riesgo teórico que puede suponer para el feto.

3. Vacunación en niños procedentes de adopciones internacionales

47

Para estos niños es necesario disponer de la certificación oficial de las vacunas recibidas anteriormente (en el Anexo IIIb se encuentran los calendarios vacunales de los principales países de origen).

Se ha de tener presente la escasa fiabilidad de los certificados oficiales de ciertos países. Los expedidos en Iberoamérica, India, Corea, Vietnam y Camboya son, en principio, fiables. Los expedidos en Europa del Este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si pertenecen a niños previamente institucionalizados.

En resumen, se aplicará un calendario de vacunaciones completo cuando no exista ningún registro de las vacunas administradas, cuando la documentación o registro sea ilegible o no se identifiquen las vacunas registradas y cuando el sanitario responsable tenga dudas sobre la fiabilidad del registro y de la correcta inmunización del niño o niña. En los demás casos, se actualizará el calendario administrando las vacunas que faltan, de acuerdo con el calendario vigente en Castilla La Mancha. Se expedirá un carnet de vacunaciones y se declararán las vacunas administradas del mismo modo que las del resto de la población infantil.