

Vista creada el 21/09/2024 a las 15:25 h

MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

12. Inmunizaciones de niños migrantes, refugiados y adoptados

SECCIÓN III. Inmunizaciones en circunstancias especiales

Actualizado en enero de 2024

Capítulo 12 - Inmunizaciones de niños migrantes, refugiados y adoptados

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción](#)
3. [Recomendaciones](#)
4. [Documentación aportada sobre vacunas e inmunoprotección real](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Enlaces de interés](#)
7. [Historial de actualizaciones](#)
8. Figuras incluidas en el capítulo:

Figura 12.1. [Agencia de refugiados de Naciones Unidas. Spain Weekly Snapshot - Week 33 \(14 - 20 Aug 2023\)](#)

Figura 12.2. [Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Observatorio de la infancia. Adopción internacional](#)

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Inmunizaciones de niños migrantes, refugiados y adoptados. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ene/2024. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-12>

?

1. Puntos clave

- El objetivo fundamental de los programas de vacunación de la población migrante, refugiada y adoptada es conseguir una protección vacunal similar a la de la población autóctona.
- Aunque los calendarios de vacunación de los países de procedencia de los niños adoptados y migrantes pueden tener variaciones importantes, la mayor parte de estos niños han sido vacunados frente a difteria, tétanos, tosferina, polio, hepatitis B y sarampión y, de hecho, la mayoría tiene títulos protectores frente a estas enfermedades. En los últimos años muchos países de bajo índice de desarrollo humano han incluido en sus calendarios vacunas frente al rotavirus, frente al neumococo (conjugada) y frente al VPH en chicas.

- Los trabajos publicados sugieren que los migrantes y los refugiados tienen una cobertura vacunal inferior a la de la población autóctona.
- En los niños/adolescentes que aporten cartilla de vacunación correctamente cumplimentada no es necesario realizar serología vacunal ni proceder a la revacunación completa, siendo suficiente completar la pauta de acuerdo a la edad (comprobando que se cumplen edades mínimas de vacunación e intervalos válidos entre dosis).
- En los que no aporten información por escrito (no se acepta la mera afirmación verbal de los padres) se debe iniciar el calendario de vacunación de acuerdo a la edad como si no hubieran recibido ninguna vacuna.
- En todos los casos deberán administrarse las vacunas incluidas como sistemáticas en el calendario oficial local siempre que no haya registro de haber sido administradas en su país de origen, además de informar de las vacunas no financiadas.
- Hay que prestar especial atención a las vacunas que no suelen administrarse en países de bajo índice de desarrollo humano (por ejemplo: meningococos, triple vírica, VPH).
- El antecedente de vacunación frente al sarampión antes de los 12 meses de edad no se considera dosis válida, debiendo recibir la vacuna triple vírica (SRP) a partir de los 12 meses de vida.
- Como norma general, conviene aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para revisar el calendario de vacunaciones, seguir pautas aceleradas, administrar varias vacunas en cada visita y emplear, siempre que sea posible, vacunas combinadas. Los esquemas de vacunación seguirán las pautas recomendadas en el [capítulo 11](#) de este manual.
- En el caso de los migrantes, hay que recordar que presentan más riesgo que otros viajeros de contraer enfermedades prevenibles cuando van a visitar a sus familiares o amigos a sus países de origen, por lo que habrá que optimizar su vacunación según el destino (hepatitis A, fiebre tifoidea, etc.).
- Los familiares y convivientes de los niños que llegan procedentes de otros países deben tener igualmente al día el calendario de vacunas (incluyendo a los adultos) para evitar la aparición de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.
- Se deben potenciar acciones y estrategias que busquen mejorar rápidamente la cobertura vacunal en población migrante, tanto menor de edad, como adulta.

2

2. Introducción

Los movimientos de población forman parte de la historia de la humanidad. La desigualdad socioeconómica, la búsqueda de mejores oportunidades para desarrollar una vida plena, la huida de situaciones amenazantes por razones étnicas o religiosas y los conflictos armados fuerzan a millones de personas a dejar su país de origen para desplazarse, con frecuencia poniendo en peligro la propia vida. Del 1 de enero hasta el 20 de agosto de 2023 han llegado a España 19 592 migrantes /refugiados ([figura 1](#)), procedentes mayoritariamente del África subsahariana. Por otra parte, desde el 1 de enero al 30 de junio de 2023, se han registrado en España [87 106 solicitudes de asilo](#), sobre todo en personas latinoamericanas, cifra que supone un incremento del 51 % respecto al año 2022.

El grado de vacunación de los migrantes menores de edad varía dependiendo del país de origen (incluso según las regiones de cada país). Los calendarios oficiales de vacunación de los distintos países según la OMS pueden consultarse en [este enlace](#).

Figura 12.1. Agencia de refugiados de Naciones Unidas. [Spain Weekly Snapshot - Week 33 \(14 - 20 Aug 2023\)](#).

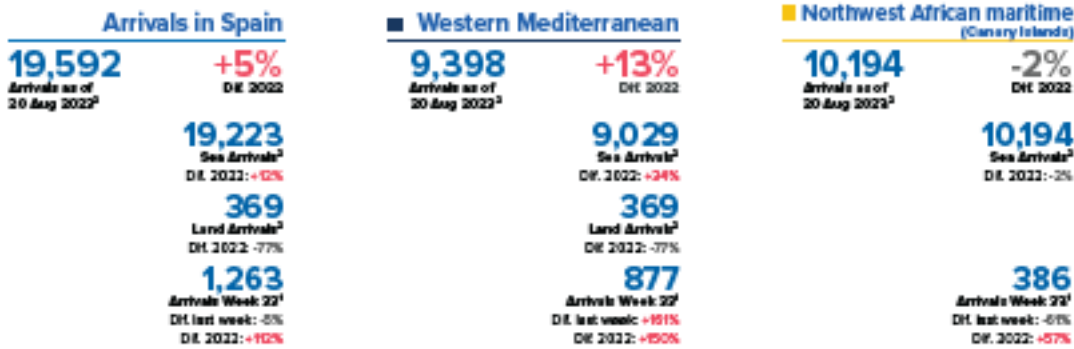


SPAIN WEEKLY SNAPSHOT 20 AUG 2023

SPAIN Weekly snapshot - Week 33 (14 - 20 Aug 2023)

The charts below are based on figures from the Ministry of Interior and UNHCR estimates. All figures are provisional and subject to change

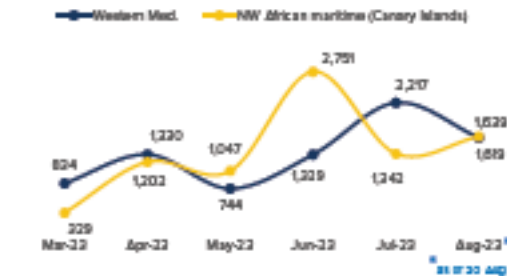
Refugees & migrants: sea and land arrivals in week 33¹



Arrivals in Spain during the last five weeks¹



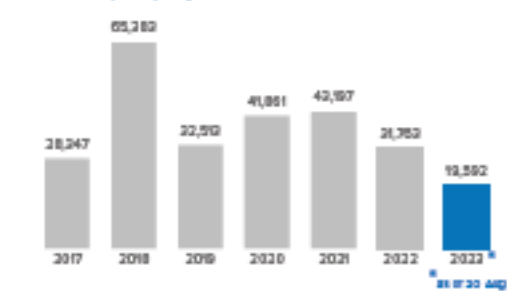
Arrivals in Spain by route during the last six months²



Arrivals in Spain per month²



Arrivals in Spain per year²



UNHCR / 25 Aug 2023
 Source: UNHCR Spain data portal
¹Based on UNHCR estimates.
²Based on figures from the Spanish Ministry of Interior and UNHCR estimates.

Extraído de UNHCR. Operational portal. Refugee situation. Spain .

Según datos del Ministerio de Derechos Sociales, la adopción internacional continúa con tendencia descendente, alcanzando la cifra de 171 menores adoptados por familias residentes en España. Se mantiene en primer lugar India, seguida de Vietnam y Bulgaria, con gran diferencia sobre el resto, entre los países con mayor número de adopciones constituidas. Cabe destacar respecto a China, que ya se objetivó una significativa bajada, pasando de 79 adopciones en 2019 a 6 en 2020. En el año 2021 ya no se ha llevado a cabo ninguna adopción, debido a la negativa de la autoridad central del país para permitir a las familias con niños y niñas asignados, viajar para finalizar sus procesos de adopción.

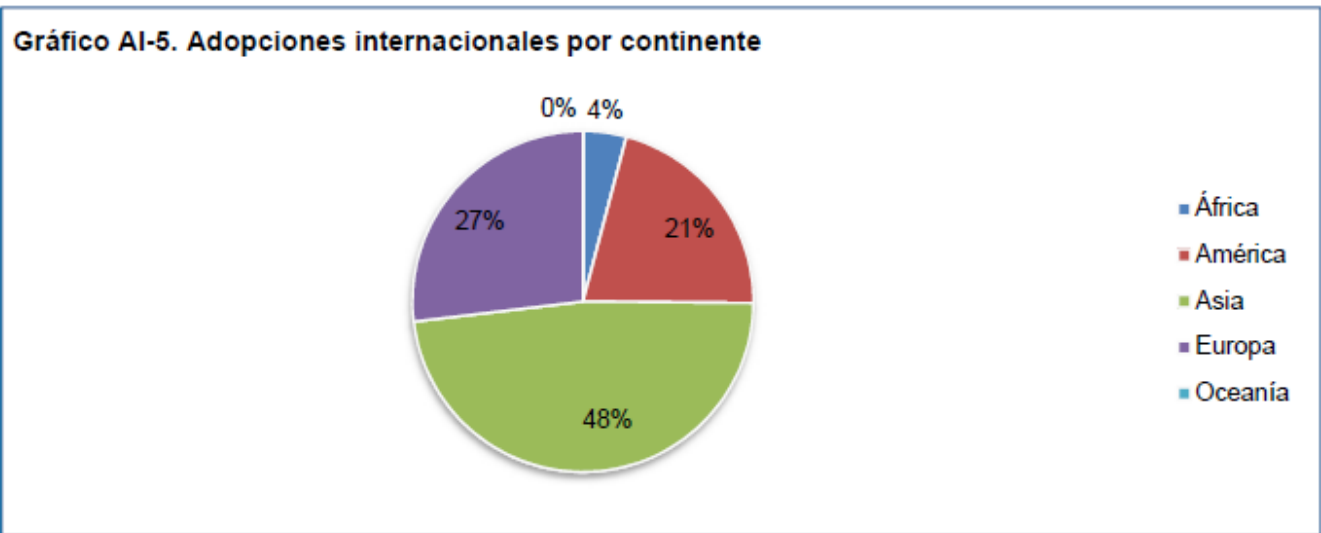
Figura 2. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Observatorio de la infancia. Adopción internacional.

Desglose por continente y rango de edad

Tabla AI-5. Adopciones internacionales por continente y rango de edad

ADOPCIONES	TOTAL		0 - 3		4 - 6		7 - 10		Más de 10		No consta	
	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
África	7	0,3	4	0,2	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
América	36	0,6	10	0,2	9	0,1	15	0,2	2	0,0	0	0,0
Asia	82	1,0	45	0,6	21	0,3	14	0,2	2	0,0	0	0,0
Europa	46	0,7	17	0,2	16	0,2	13	0,2	0	0,0	0	0,0
Oceanía	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	171	2,1	76	0,9	47	0,6	43	0,5	5	0,1	0	0,0

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años



Extraído de [Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 24. Datos 2021](#).

Por el contrario, han aumentado las adopciones nacionales, 675 durante 2021, 133 más que el año previo.

Los niños adoptados suelen aportar su cartilla de vacunaciones, pero hay que comprobar que el registro es adecuado y que se cumplen las edades mínimas y los intervalos entre dosis. Ante la duda, siempre es mejor administrar vacunas de más que de menos, pues ello no implicará un riesgo añadido, aunque hay que evitar la aplicación de dosis claramente no indicadas por existir constancia de haberlas recibido ya.

?

3. Recomendaciones

En la valoración inicial de los niños procedentes de otros países, tanto adoptados como migrantes o refugiados, una de las dudas que se le plantea al profesional sanitario es la forma de asegurar una correcta protección frente a las enfermedades inmunoprevenibles a esta población tan vulnerable. Hay que destacar que en la corrección de calendarios vacunales se deben administrar las vacunas que se precisen para equiparar la protección a la de la población autóctona. Estos niños no deben recibir vacunas de menos, pero tampoco de más de forma innecesaria. La consecución de este objetivo es todo un reto en muchas ocasiones, pues las condiciones en las que viven, la exclusión social a la que se ven sometidos ellos o sus padres (migración irregular), la gran movilidad que tienen como consecuencia de la precariedad laboral de los progenitores (a menudo temporeros de la agricultura), la dificultad de los padres para llevarlos a vacunarse por presentar jornadas laborales muy largas, no facilita que finalmente puedan quedar correctamente protegidos de enfermedades prevenibles con vacunas. En esta población, y dado que no existen registros vacunales electrónicos accesibles entre comunidades autónomas, es particularmente importante trasladar a las familias la necesidad de guardar muy bien los documentos físicos de vacunación (cartillas), por si cambian de comunidad autónoma o de país en su periplo migratorio.

Cuando estos niños llegan sin documentos en los que se reflejen las vacunas administradas en sus países de origen, la declaración verbal de los padres no debe ser considerada como prueba de vacunación. Actualmente, un porcentaje variable de esta población dispone de un

documento o cartilla de vacunaciones correctamente cumplimentado. Esta documentación no suele existir en los niños refugiados, los menores de edad no acompañados o las familias llegadas a nuestro país en embarcaciones precarias. Este comité, en consonancia con la Academia Americana de Pediatría, recomienda aceptar como válidos los documentos de vacunación aportados si las vacunas, fechas de administración, número de dosis, intervalos entre pinchazos y edad del niño al recibir las vacunas son comparables a los esquemas recomendados en el país receptor o, al menos, cumplen unos requisitos aceptables de validez.

Como norma general, las vacunas que se encuentren registradas correctamente en los documentos de vacunación aportados serán consideradas como válidas, independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis.

Se ha de tener en cuenta que algunos de estos niños no habrán recibido la vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) en su país, sino el preparado monocomponente frente al sarampión o el bicomponente (sarampión-rubeola), frecuentemente antes de los 12 meses de edad, siguiendo recomendaciones de la OMS en lugares de alta incidencia de sarampión (o con riesgo de aparición de brotes epidémicos), por lo que, teniendo en cuenta la posible interferencia de los anticuerpos de origen materno, se recomienda no aceptar como válida esta dosis y revacunar a partir del año de vida con dos dosis de triple vírica separadas, al menos, por 4 semanas.

En la mayoría de países emisores de migrantes se administran dosis de tres vacunas al nacimiento: BCG, poliomielitis oral y hepatitis B. En lo que se refiere a la hepatitis B, el control serológico de la gestante es a menudo deficiente y con frecuencia la vacunación neonatal frente a la hepatitis B se realiza después de la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical de la infección en madres portadoras de antígeno de superficie de este virus. Esta cuestión ha de tenerse en cuenta y apoya la necesidad de realizar serología, entre otros, de virus hepatitis B a todos los menores migrantes en la consulta inicial o de acogida en los que no se disponga de información sobre el control del embarazo materno. Cabe recordar que en los convivientes de individuos con HBsAg positivo, hay que comprobar la seroprotección y actuar en consecuencia si los niveles de anticuerpos contra el mismo no superan el dintel establecido como protector (>10 mUI/ml), tal y como se detalla en el [capítulo 29](#) de este manual.

En algunos países como China, se administra una vacuna polisacáridica MenAC. A la hora de actualizar calendarios de niños procedentes de este país, se obviarán estas dosis y se reiniciará pauta vacunal con MenC o MenACWY, según proceda.

En los países donde se realizan pautas mixtas de vacunación contra la poliomielitis (con dosis de vacuna oral combinadas con dosis de polio inactivada parenteral), las vacunas pentavalentes contienen antígeno de hepatitis B y no de poliomielitis, a diferencia de las pentavalentes comercializadas en Europa occidental. El desconocimiento de este hecho conduce con frecuencia a que haya niños que reciban dosis extras de vacuna de hepatitis B que realmente no necesitan. La administración innecesaria de dosis de vacunas a esta población es un error que debería evitarse. Por otro lado, también hay que tener en cuenta que los niños procedentes de países donde por esquema vacunal o por edad solo hayan recibido una pauta de dos, tres o cuatro dosis de VPOb deben recibir, al menos, 2 dosis de VPI (si no las tiene aún administradas), para garantizar la protección frente al poliovirus tipo 2, con un intervalo mínimo entre ellas de 6 meses, aunque la OMS admite 4 meses de intervalo mínimo en los países en que recomienda la VPOb.

En las últimas décadas, distintas organizaciones, fundaciones, agencias internacionales y filántropos particulares han impulsado la vacunación infantil de una forma coordinada y eficaz en muchos países del mundo, evitando de este modo millones de muertes infantiles cada año. Un ejemplo de ello lo representa [Gavi, the Vaccine Alliance](#). Se trata de un consorcio internacional compuesto por diversas entidades públicas y privadas cuyo objetivo principal es facilitar el acceso a las vacunas en los países de renta baja. Fue fundada en el año 2000 por la iniciativa de la Fundación Bill y Melinda Gates, UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Las actividades de Gavi llegan actualmente a [73 países](#) distribuidos en todos los continentes; según las regiones de la OMS: África 37 países, América 6, Mediterráneo oriental 7, Europa 7, Asia sureste 9 y Pacífico occidental, otros 7. Las vacunas suministradas incluyen todas las vacunaciones básicas de los dos primeros años (DTP, polio, sarampión, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b y meningococo), otras menos extendidas como neumococo, rotavirus y VPH, y otras en algunos países con necesidades especiales (cólera, encefalitis japonesa, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, paludismo). Gavi ha desarrollado complejos sistemas de protocolización de la asistencia individualizada a cada país, junto a los gobiernos y autoridades locales, así como de gestión de las donaciones y los compromisos con fabricantes (International Finance Facility for Immunisation, IFFIM). En el listado de donantes, se encuentra España (con un compromiso de aportación de 189,5 millones hasta 2025). Gavi ha sido integrante principal del llamado Global Vaccine Action Plan 2011-2020 de la OMS y ha garantizado la accesibilidad de las vacunas a millones de personas en todo el mundo salvando grandes obstáculos de todo tipo y garantizando la equidad. Por ello, muchos de los niños que llegan a nuestro país han mejorado considerablemente su estado vacunal en la última década.

Los niños, hijos de migrantes, que tras nacer en nuestro país visitan a sus familiares durante un tiempo y conviven con ellos en sus países de origen (conocidos como *Visiting Friends and Relatives* o por las siglas en inglés VFR), constituyen un grupo de especial riesgo de adquirir diferentes infecciones prevenibles con vacunas, entre ellas, hepatitis A, fiebre tifoidea, rabia, fiebre amarilla o cólera (según la zona y la estación). La mayoría de los que llegan a nuestro país desde países de bajo índice de desarrollo humano con más de 5 años han padecido la hepatitis A de forma natural, pero los VFR nacidos en España se encuentran desprotegidos contra esta enfermedad y deberán vacunarse antes del viaje. Para ampliar la información, puede consultarse el [capítulo 13](#) de este manual dedicado a la vacunación del niño viajero.

2

4. Documentación aportada sobre vacunas e inmunoprotección real

Las publicaciones existentes, respecto a los documentos de vacunación aportados por niños migrantes o adoptados, son escasas y, a menudo, discrepantes.

A.- Población de niños adoptados

En 1998 se publicó el primer estudio sobre protección vacunal en adoptados, realizado en 26 niños de diversas procedencias. Solo el 35 % de los niños que aportaba documentación de haber recibido la pauta de vacunación completa frente a DTP tenía títulos protectores. Los autores consideraron que estos resultados podían ser debidos a razones como falsificación de los certificados vacunales, baja potencia con mala

inmunogenicidad de las vacunas suministradas a los orfanatos o pobre respuesta inmune debido a la prolongada institucionalización o a enfermedades concomitantes. Este estudio fue la base para recomendar de forma generalizada que no se debía tener en cuenta la documentación aportada de vacunas y que los niños debían iniciar calendarios completos de vacunación.

Entre los años 2002 y 2006 se publicaron nuevos estudios que demostraron que el porcentaje de niños adoptados que llegaba con documentación de las vacunas recibidas superaba en todos los casos el 90 %. Las tasas de protección vacunal observadas eran asimismo superiores a las referidas previamente en otros estudios, oscilando entre un 50-60 % de protección frente a los tres poliovirus, 70-90 % frente a difteria, 90-94 % a tétanos y 70 % a hepatitis B. La protección frente a sarampión, rubeola y parotiditis variaba en estos estudios entre el 55 y el 86 %.

Estudios más recientes sobre protección vacunal en niños adoptados señalan que, actualmente, los documentos que aportan son fiables y no es necesario realizar sistemáticamente serología en estos niños. En 2008 se publicó un estudio realizado entre 2002 y 2005 en 637 niños adoptados llegados a España, que mostró de forma global una alta tasa de seroprotección frente a enfermedades inmunoprevenibles. Los autores concluyeron que el único factor independiente asociado a la protección vacunal en esta población fue la zona de procedencia de los niños, y ello fue aplicable a todos los antígenos vacunales estudiados. No encontraron diferencias significativas en la inmunoprotección en relación con la validez del certificado de vacunación, aunque sí respecto a disponer o no del mismo: los niños con documento de vacunación estaban mejor protegidos frente a enfermedades inmunoprevenibles que aquellos que carecían de documentación. Los autores recogen como recomendaciones finales las siguientes:

- Niños sin documentación vacunal: iniciar calendario completo de vacunaciones
- Niños con documento de vacunas, independientemente de sus características: proceder a vacunación en función de la zona geográfica de procedencia
- Todos los niños mayores de 12 meses deben recibir una dosis de vacuna triple vírica
- Iniciar primovacunación con las vacunas no recibidas en sus países de origen como meningococo C, *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo y varicela
- Realizar serología de hepatitis B para descartar infección activa y proceder a la vacunación en los casos que no muestren títulos protectores
- Continuar posteriormente con el calendario de vacunación vigente en la zona de residencia del menor

Uno de los estudios más amplios sobre protección vacunal de niños adoptados es el publicado en 2010 por Staat y cols., en el que se examinan a 746 niños entre 1999 y 2004, y que incluye una revisión de los estudios publicados en los últimos 10 años. Los resultados muestran tasas bajas de protección frente a parotiditis y rubeola (54 %), pero elevadas frente al resto de los antígenos vacunales: 80 % de niños con títulos protectores frente a difteria, 89 % a tétanos, 93 % a poliovirus 1, 95 % a poliovirus 2, 94 % a poliovirus 3, 60 % a hepatitis B y 84 % a sarampión. Los autores concluyen que, dada la elevada proporción de anticuerpos protectores en niños con documentación vacunal, se deberían considerar como válidas las vacunas administradas en los países de origen y proceder a completar el calendario de vacunación de acuerdo a la edad del niño. Concluyen, también, que el número de dosis vacunales registradas constituye el mejor predictor de la presencia de anticuerpos protectores. Estas conclusiones las hacen además extensivas a la población migrante. Los autores recomiendan incluso que en los niños que carecen de cartilla de vacunación, dado que también muestran altos niveles de protección, se podría realizar serología vacunal y no proceder a la vacunación completa de forma sistemática.

Se recomienda igualmente que el diagnóstico clínico de una enfermedad inmunoprevenible en el país de origen no debe ser aceptado como evidencia de inmunidad.

Tras la publicación de casos de transmisión de enfermedades infecciosas como hepatitis A y sarampión a familiares y contactos de niños procedentes de adopciones internacionales, se recomienda actualizar el calendario de vacunas de los familiares de acogida.

Todos estos estudios han llevado, en el momento actual, a adoptar las recomendaciones que se recogen en el apartado 2 de este capítulo, que concluyen que, como norma general, **las vacunas que figuren como administradas en los documentos de vacunación aportados serán consideradas como válidas, independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis, sin ser necesario iniciar una primovacunación completa.**

B.- Población de niños migrantes

Como ya se ha comentado, los movimientos migratorios son una realidad creciente global en estos tiempos. Motivados por las tremendas desigualdades existentes entre países en cuanto a las expectativas de vida, razones políticas o sociales, conflictos armados, etc, lo cierto es que grandes masas de población atraviesan fronteras buscando mejorar su futuro. Con frecuencia, estas personas provienen de países con coberturas vacunales muy bajas, lo cual las hace vulnerables a sufrir enfermedades prevenibles por vacunación (EPV). Si a ello le sumamos que, habitualmente, como consecuencia de entrar de manera irregular en los países de acogida se ven abocados a vivir en condiciones de exclusión social, con barreras para acceder al sistema sanitario y habitualmente hacinados en viviendas situadas en guetos en la periferia de grandes urbes o en campamentos masificados, tenemos los ingredientes suficientes para la aparición de brotes de EPV. Existen ya antecedentes de aparición de dichos brotes en Europa cuyo origen se encontró en campamentos de personas migrantes, demostrándose la

posibilidad de aparición de cadenas de transmisión que se continuaron como consecuencia de la presencia de bolsas de no vacunados en poblaciones locales de los países de acogida (por rechazo vacunal, contraindicación para recibirlos o falta de recuperación de coberturas en generaciones donde estas eran deficientes).

Aunque el Sistema Nacional de Salud español reconoce el derecho a la plena integración al mismo de los menores de edad en las mismas condiciones que los locales (según la Ley Orgánica 8/2000), lo cierto es que los condicionantes socioculturales, el temor de los padres a ser detenidos y repatriados o, en el caso de adolescentes y niños no acompañados por adultos, el retraso en el cumplimiento de determinados trámites burocráticos provoca en ocasiones que el acceso a los servicios de salud sea subóptimo en estos individuos.

Los migrantes representaban en julio de 2023 el 13,1 % de la población en nuestro país. Los principales países de procedencia son Colombia y Marruecos.

Aunque todos se incluyen dentro del término “extranjeros” o “migrantes” existen grandes diferencias entre estas personas. La atención a esta población es todo un reto para el pediatra, especialmente en aquellas áreas donde se ha experimentado un incremento importante en las llegadas de menores de edad sin acompañamiento de adultos. La formación del personal sanitario, la actualización de protocolos de diagnóstico y prevención de enfermedades infecciosas (incluyendo las vacunas), el incremento en la participación de mediadores interculturales en el ámbito sanitario o las políticas globales de integración, son instrumentos que mejorarán el estado de salud de los niños y adolescentes que migran hacia nuestro país en busca de cambiar las perspectivas de vida que tenían en sus países de procedencia. La mejora en el estado de salud e integración social de un segmento poblacional revierte, directa o indirectamente, en la salud de toda la comunidad.

En un trabajo publicado en 2020, donde se realiza una revisión de 70 estudios sobre intervenciones de prevención de EPV en población migrante o refugiados, se concluye que el uso de estrategias concretas dirigidas a los individuos, como envíos postales o telemáticos de recuerdo de inmunizaciones o el empleo de aplicaciones digitales en varios idiomas aumenta el porcentaje de vacunados en estas poblaciones. Por otra parte, pone de manifiesto la heterogeneidad de los individuos catalogados como migrantes/refugiados y las diferentes estrategias que se llevan a cabo en todo el planeta para fomentar la prevención de EPV en este colectivo. Entre todas ellas, destacan las políticas preventivas comunitarias, siguiendo las premisas de los Tailoring Immunization Programmes de la OMS, las cuales abogan por definir acciones muy concretas diseñadas para romper barreras de acceso a las vacunas por parte de poblaciones socialmente vulnerables. En otro trabajo publicado en 2018 se revisan las políticas europeas de inmunización contra sarampión en población migrante y se encuentra que existe gran variabilidad y disparidad de criterios entre los distintos países.

A modo de ejemplo, durante 2020, como consecuencia de la llegada de unos 1800 niños y adolescentes en embarcaciones precarias a la costa de Gran Canaria en poco más de 12 meses (hacinados en centros de acogida masificados), se puso en marcha un dispositivo de atención inicial a esta población, buscando facilitar su integración en el sistema sanitario, identificar problemas específicos de salud (enfermedades importadas y otras derivadas de un deficiente programa preventivo de salud maternoinfantil en los países de procedencia) y facilitar el acceso rápido al programa de vacunaciones. Este tipo de acciones, además de facilitar el acceso a los servicios de salud a una población especialmente vulnerable, evita al máximo la aparición de nuevas bolsas de susceptibles de padecer EPV.

En una revisión sistemática publicada en 2018 se evalúan las intervenciones llevadas a cabo en distintos países europeos en los últimos años para aumentar las coberturas vacunales de migrantes recién llegados. Entre ellas destacan las campañas específicas dirigidas a esta población, la información sobre EPV en su idioma de origen, la administración de vacunas en el medio escolar, la expedición de certificados de vacunación y las actividades educativas impartidas en el ámbito comunitario. En este trabajo se revisan también estudios de coste-efectividad de diferentes estrategias de vacunación, decantándose por la inmunización directa de poblaciones migrantes que no aporten información vacunal sobre la estrategia de comprobación serológica previa (estudio hecho en niños adoptados).

En algunos estudios se ha comprobado que las tasas de vacunación frente a neumococo, varicela y rotavirus eran muy inferiores a las de la población autóctona (60 %, 32 % y 10 %, respectivamente), y el factor de riesgo más importante asociado a la baja cobertura de vacunación fue la falta de asistencia a los controles pediátricos de salud. Otro estudio encontró que la cobertura vacunal en niños migrantes está relacionada con el lugar de procedencia, pero, en cualquier caso, los autores consideran que los niños migrantes tienen una posibilidad 3 veces mayor que la población autóctona de estar vacunados de forma incompleta.

También se ha descrito menor inmunoprotección en hijos de padres migrantes, pero nacidos en el país de acogida. Así, un estudio realizado en Cataluña, en el año 2004, sobre cobertura vacunal en población migrante concluye que estos niños han recibido menos vacunas y menos dosis de las recomendadas en los calendarios habituales de vacunación. A los mismos resultados llega un grupo italiano sobre la cobertura vacunal de estos niños, conocidos en algunas publicaciones como “migrantes de segunda generación”.

Por otra parte, los estudios serológicos realizados para relacionar la fiabilidad de la documentación vacunal y el nivel de inmunidad no son concluyentes. Para los ECDC, la realización de estudios serológicos en población infantojuvenil con cobertura probablemente subóptima no está justificada por no ser costo-efectiva. En relación con el creciente número de niños refugiados o migrantes en embarcaciones precarias que llegan a nuestro país, no se han publicado por el momento estudios sobre la inmunoprotección vacunal y se recomienda iniciar vacunación acelerada, ya que es excepcional que esta población disponga de documentos que avalen las vacunas recibidas. Sí hay publicaciones en otros países que demuestran una inmunidad subóptima para EPV entre niños y adultos peticionarios de asilo.

La varicela es una enfermedad importante en migrantes procedentes de países tropicales, donde existe un alto porcentaje de adolescentes y adultos susceptibles (15-30 %) a padecerla, como consecuencia de dinámicas de transmisión variables y escasa disponibilidad de vacuna contra esta enfermedad en los países de origen. Ello hace que los adolescentes procedentes de países tropicales (fundamentalmente africanos) sean población diana para la vacunación frente a la varicela.

Hay que tener en cuenta que, pese a las altas coberturas vacunales existentes en nuestro país, que oscilan según el tipo de vacuna entre el 95 y el 97 %, sigue existiendo un pequeño porcentaje de sujetos no protegidos frente a enfermedades inmunoprevenibles, bien por falta de administración de las vacunas o bien por falta de respuesta a las mismas. La llegada de niños procedentes de otros países, sin protección serológica frente a enfermedades prevenibles mediante vacunas, agranda la bolsa de susceptibles, lo que puede favorecer la circulación de agentes infecciosos importados por una tercera persona, y ello dar lugar a la aparición de epidemias (especialmente si las personas migrantes son socialmente excluidas y se asientan en guetos o campamentos improvisados). En este sentido, en los últimos años estamos asistiendo en países de nuestro entorno a brotes de enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, sobre todo), en ocasiones relacionados con bolsas de

población migrante acogida en campamentos con sobreocupación, lo cual apoya la necesidad de establecer pautas adecuadas de acceso a la vacunación en la población extranjera que llega a nuestro país. Si bien existe una predisposición por parte de los pediatras y enfermeros vacunadores a poner al día las vacunas de niños con calendarios incompletos o desconocidos, se echan de menos en nuestro país campañas o acciones relacionadas con la vacunación de la población migrante adulta.

2

5. Bibliografía

1. Abu-Shamsieh A, *et al.* Pediatric Care for Immigrant, Refugee, and Internationally Adopted Children. *Pediatr Clin N Am.* 2022;69:153-70.
2. American Academy of Pediatrics. Medical evaluation for infectious diseases for internationally adopted, refugee and immigrant children. In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases.* Itasca, IL: American Academy of Pediatrics: 2021; pp. 158-65.
3. Bechini A, *et al.* Discrepancies between Vaccine Documentation and Serologic Status for Diphtheria, Tetanus, and Hepatitis B in Internationally Adopted Children. *Vaccines (Basel).* 2020;8:489.
4. Bechini A, *et al.* Immunization Status against Measles, Mumps, Rubella and Varicella in a Large Population of Internationally Adopted Children Referred to Meyer Children's University Hospital from 2009 to 2018. *Vaccines (Basel).* 2020;8:51.
5. Bica MA, *et al.* Vaccination policies of immigrants in the EU/EEA Member States-the measles immunization example. *Eur J Public Health.* 2018;28:439-44.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Yellow Book 2024.* Staat MA, *et al.* [International adoption](#) . Updated 1 may 2023.
7. Ceccarelli G, *et al.* [Susceptibility to measles in migrant population: Implication for policy makers](#) . *J Travel Med.* 2018;25(1).
8. Cilleruelo MJ, *et al.* Internationally adopted children: What vaccines should they receive? *Vaccine.* 2008;26:5784-90.
9. Cilleruelo MJ, *et al.* Vacunación en niños inmigrantes y adoptados. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). *Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012, 5.ª ed.* Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p.233-40.
10. Charania NA, *et al.* Interventions to reduce the burden of vaccine-preventable diseases among migrants and refugees worldwide: A scoping review of published literature, 2006-2018. *Vaccine.* 2020;38:7217-25.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. [Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA.](#) Stockholm: ECDC; 2018.
12. Ferrara P, *et al.* Second Generation immigrant children: health prevention for a new population in terms of vaccination coverage and health assessment. *Minerva Pediatr.* 2016;68:121-6.
13. Fumadó V. Vacunación en niño inmigrante, refugiado, adoptado y niño viajero. *Pediatr Integral* 2020;XXIV:479.e1-7.
14. Hernanz Lobo A, *et al.* International Adoption of Children with Special Needs in Spain. *Children (Basel).* 2023;10:690..
15. Hui C, *et al.* Interventions to Improve Vaccination Uptake and Cost Effectiveness of Vaccination Strategies in Newly Arrived Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:2065.
16. Instituto Nacional de Estadística. [Estadística Continua de Población \(ECP\) a 1 de julio de 2023](#) .
17. Kroening ALH, *et al.* Health Considerations for Immigrant and Refugee Children. *Adv Pediatr.* 2019;66:87-110.
18. Ludwig S, *et al.* Immigrant and Refugee Health: Why this Topic? Why now? *Pediatr Clin N Am.* 2019;66:525.

19. Mipatrini D, *et al.* Vaccinations in migrants and refugees: A challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health.* 2017;111:59-68.
20. Nakken CS, *et al.* Vaccination status and needs of asylum-seeking children in Denmark: A retrospective data analysis. *Public Health.* 2018;158:110-6.
21. Schulte JM, *et al.* Evaluating acceptability and completeness of overseas immunization records of internationally adopted children. *Pediatrics.* 2002;109:E22.
22. Staat MA, *et al.* Serologic testing to verify the immune status of internationally adopted children against vaccine preventable diseases. *Vaccine.* 2010;28:7947-55.
23. Turner C, *et al.* Clinical Tools Working at Home with Immigrants and Refugees. *Pediatr Clin N Am.*2019;66:601-17.

2

6. Enlaces de interés

- [Canadian Immunization Guide. Immunization of Persons new to Canada](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for Evaluating and Updating Immunizations during the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Immigrant and Refugee Health. Vaccination Program for U.S.-bound Refugees](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. International adoption](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. New Vaccination Criteria for U.S. Immigration: Frequently Asked Questions \(FAQs\)](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Fichas técnicas de vacunas](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Noticias sobre la inmigración](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Vacunación acelerada](#)
- [Instituto Nacional de Estadística. Estadística Continua de Población \(ECP\) a 1 de julio de 2023](#)
- [Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 24. Datos 2021](#)
- [The Australian Immunisation Handbook. Pre-vaccination. Catch-up vaccination \(updated January 2023\)](#)
- [The Green Book. UK immunisation schedule](#)
- [UNHCR. Operational portal. Refugee situation. Spain](#)
- [WHO. Immunization dashboard. Current selection Global](#)
- [WHO. Immunization data](#)

2

7. Historial de actualizaciones

19 de febrero de 2018	Actualización de todos los apartados, incluyendo los refugiados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
18 de marzo de 2021	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
1 de enero de 2022	Nuevo enlace de interés
1 de enero de 2023	Nuevo enlace de interés
25 de enero de 2023	Cambio de nombre a Manual de Inmunizaciones
29 de agosto de 2023	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
1 de enero de 2024	Nuevo enlace de interés

-oOo-

Dirección URL original: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-12>