



Comité
Asesor de
Vacunas

MANUAL DE VACUNAS EN LÍNEA DE LA AEP

Publicado en *Comité Asesor de Vacunas de la AEP* (<https://vacunasaep.org>)

12. Vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados

SECCIÓN III. Inmunización en circunstancias especiales

Actualizado en febrero de 2018

Capítulo 12 - Vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción y recomendaciones](#)
3. [Documentación aportada sobre vacunas e inmunoprotección real](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Enlaces de interés](#)

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; feb/2018. [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 inmigrante, 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 e inmigrantes 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.
- No existe por el momento información sobre la protección vacunal de los niños refugiados.
- En niños adoptados e inmigrantes los estudios disponibles recomiendan:
 - Niños con cartilla de vacunación: no es necesario realizar serología vacunal ni proceder a la revacunación completa, siendo suficiente completar las series de acuerdo a la edad, siempre que las fechas e intervalos de las dosis administradas sean correctos y presente identificación del sanitario que la aplicó o sello de órgano oficial.
 - Niños sin cartilla de vacunación: se debe iniciar el calendario de vacunación de acuerdo a la edad.
 - En todos los casos deberán administrarse las vacunas incluidas como sistemáticas en el calendario oficial local y que no hayan sido administradas en su país de origen, además de informar de las vacunas no financiadas.
 - 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 (TV) a partir de los 12 meses de vida.
 - Dado que algunos de los países de procedencia de estos niños tienen tasas elevadas de infección por el virus de la hepatitis B, se recomienda realizar serología para descartar la infección y solo proceder a la vacunación de los susceptibles.
- Como norma general, conviene aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para revisar el calendario de vacunaciones, seguir pautas aceleradas y emplear, siempre que sea posible, vacunas combinadas. Los esquemas de vacunación seguirán las pautas recomendadas en el [capítulo 11](#) de este manual.
- Es recomendable valorar la vacunación frente a la hepatitis A, a partir de los 12 meses, en los niños inmigrantes que tengan previsto visitar a sus familiares en su país de origen.
- Los familiares y otros contactos cercanos de los niños que llegan procedentes de otros países deben tener al día el calendario de vacunas para evitar la transmisión de enfermedades inmunoprevenibles.



2. Introducción y recomendaciones

En la valoración inicial de los niños procedentes de otros países, tanto adoptados como inmigrantes o refugiados, una de las dudas que se le plantea al profesional sanitario es la de asegurar una correcta protección frente a las enfermedades inmunoprevenibles. 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, sin embargo, un porcentaje considerable de esta población, exceptuando a los niños refugiados, dispone de un documento o cartilla de vacunaciones, aunque se desconoce en general el estado real de inmunoprotección. 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 dosis y edad del niño al recibir las vacunas son comparables a los esquemas recomendados en el país receptor.

Siguiendo estas pautas, las recomendaciones actuales respecto a la vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados son las siguientes:

- Los niños que no aporten documento de vacunas o éste no cumpla los requisitos exigibles en cuanto al número de dosis, intervalo entre las mismas o edad del niño al recibir las vacunas, deberán iniciar el calendario vigente en el país de llegada.
- En los niños con documentos adecuados existen varias posibilidades:
 - Aceptar como válida la documentación y completar el calendario vigente en el país receptor.
 - Hacer serología frente a los antígenos vacunales y aceptar como válidas las vacunas frente a las cuales el niño dispone de anticuerpos protectores. Esta es una técnica cara y que no está disponible para todos los antígenos vacunales.
 - Ignorar la documentación aportada y vacunar al niño siguiendo el calendario completo vigente en el país de adopción.

De estas 3 posibilidades, se acepta 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.

Por otra parte, hay que recordar que con frecuencia estos niños no reciben vacuna triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis), sino el preparado monocomponente frente al sarampión, a menudo administrado antes de los 12 meses de edad, por lo que puede estar invalidado debido a la interferencia con los anticuerpos maternos. Por tanto, será recomendable que sean revacunados con la vacuna triple vírica.

La vacunación neonatal frente a la hepatitis B, en hijos de madres portadoras de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, se realiza en ocasiones después de la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical de la infección. En los convivientes de individuos con HBsAg positivo, cabe comprobar seroprotección y actuar en consecuencia si los niveles de anticuerpos contra el mismo no superan el dintel establecido como protector (>10 UI/ml), tal y como se detalla en el [capítulo 29](#) de este manual

Los calendarios sistemáticos de vacunación de la mayoría de los países en desarrollo son calendarios “de mínimos”, de manera que no solo no tienen coberturas óptimas, sino que a menudo incluyen únicamente las vacunas del Programa Ampliado de Vacunación (PAI) de la Organización Mundial de la Salud. Este programa no incluye las vacunas frente al meningococo C y la varicela, aunque en los últimos años si se ha recomendado la introducción de las vacunas frente al rotavirus y el neumococo,

que poco a poco se va implantando con la ayuda, entre otros, de la organización internacional Gavi.

En cualquier caso, siempre es recomendable consultar los calendarios vigentes de vacunación en los países de origen, pudiendo recurrir a la siguiente dirección de la web de la OMS:

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

Los niños, hijos de inmigrantes, que visitan a sus familiares durante un tiempo y conviven con ellos en sus países de origen, constituyen un grupo de especial riesgo de adquirir una infección por virus de la hepatitis A. Por ello, es recomendable que estos niños, a partir de los 12 meses de edad, reciban una pauta completa de vacunación frente a la hepatitis A.



3. Documentación aportada sobre vacunas e inmunoprotección real

Las publicaciones existentes, respecto a los documentos de vacunación aportados por niños inmigrantes 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 %.

Los últimos estudios realizados 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 últimos estudios 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. Consideran 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 inmigrante. 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 inmigrantes

Los inmigrantes representan actualmente el 10 % de la población en nuestro país. Los principales países de procedencia son: Rumanía (15,7 %), Marruecos (15,4 %), China (3,9 %) y Ecuador (3,6 %).

Existen pocos estudios sobre la situación vacunal de la población inmigrante, y la mayoría de los autores considera que estos niños están vacunados de forma incompleta.

En el año 2005, una publicación mostró los resultados de un análisis efectuado en la Comunidad de Madrid: solo la mitad de los niños inmigrantes aportaba cartilla de vacunación de sus países de

origen. En un estudio realizado en Valencia en el año 2007, el calendario de vacunación era incompleto en el 13 % de los niños inmigrantes, y las tasas de vacunación frente al neumococo (15 %), varicela (11 %) y rotavirus (0 %) eran muy inferiores a las de la población autóctona (60 %, 32 % y 10 %, respectivamente). En este estudio, 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 reciente encuentra que la cobertura vacunal en niños inmigrantes está relacionada con el lugar de procedencia, pero, en cualquier caso, los autores consideran que los niños inmigrantes 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 inmigrantes, pero nacidos en el país de acogida. Así, un estudio realizado en Cataluña, en el año 2004, sobre cobertura vacunal en población inmigrante 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 "inmigrantes de segunda generación".

Por otra parte, los estudios serológicos realizados para relacionar la fiabilidad de la documentación vacunal y el nivel de inmunidad son escasos y no concluyentes. En relación con el creciente número de niños refugiados 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.

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, se suma a 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. En este sentido, en los últimos años estamos asistiendo en nuestro país a brotes de enfermedades inmunoprevenibles (sarampión sobre todo y recientemente difteria, con solo un caso en Cataluña), y esto apoya la necesidad de establecer pautas adecuadas de vacunación en la población inmigrante que llega a nuestro país.



4. Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Medical Evaluation for Infectious Diseases for Internationally, Adopted, Refugee, and Immigrant Children. En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:194-6.
2. Borrás E, Domínguez A, Batalla J, Torner N, Cardeñosa N, Nebot M, *et al.* Vaccination coverage in indigenous and immigrant children under 3 years of age in Catalonia (Spain). *Vaccine*. 2007;25:3240-43.
3. Bretón JR, Aymerich P, Navarro A, Talón S, Ruiz J, Graullera M, *et al.* Immigrants vaccination coverage at the Emergency Department of a Spanish hospital. 26th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases-ESPID. Graz (Austria), 13-16 de mayo de 2008.

4. Cilleruelo MJ, de Ory F, Ruiz-Contreras J, González R, Mellado MJ, García M, *et al.* Internationally adopted children: What vaccines should they receive? *Vaccine*. 2008;26:5784-90.
5. Cilleruelo MJ, Bretón R. 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.
6. Ferrara P, Zenzeri L, Fabrizio GC, Gatto A, Liberatore P, Gargiullo L, *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.
7. Gutiérrez-Hernando R, Álvarez-Pasquín MJ, Sesmero-Lillo MA, Martín-Martín S. Vacunación de los niños inmigrantes: ¿cómo acuden a nuestras consultas? *Aten Primaria*. 2005;35:112.
8. Marin M, Patel M, Oberste S, Pallansch MA. Guidance for assessment of poliovirus vaccination status and vaccination of children who have received poliovirus vaccine outside the United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.2017;66:23-5.
9. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2013;62(RR-04):1-34.
10. Murray T, Groth E, Weitzman C, Cappello M. Epidemiology and management of infectious diseases in international adoptees. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18:510-20.
11. Nyangoma EN, Olson CK, Benoit SR, Bos J, Debolt C, Kay M, *et al.* Measles outbreak associated with adopted children from China--Missouri, Minnesota, and Washington, July 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.2014;63:301-4.
12. Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R, Neuhauser H, Schlaud M, Schenk L. Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine*. 2009;27:2563-69.
13. Schulte JM, Maloney S, Aronson J, San Gabriel P, Zhou J, Saiman L. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunization records of internationally adopted children. *Pediatrics*. 2002;109:E22.
14. Seery T, Boswell H, Lara A. Caring for refugee children. *Pediatr Rev*. 2015;36:323-8.
15. Staat MA, Stadler LP, Donauer S, Trehan I, Rice M, Salisbury S. Serologic testing to verify the immune status of internationally adopted children against vaccine preventable diseases. *Vaccine*. 2010;28:7947-55.
16. Strine TW, Barker LE, Mokdad AH, Luman ET, Sutter RW, Chu SY. Vaccination coverage of foreign-born children 19 to 35 months of age: findings from the National Immunization Survey, 1999-2000. *Pediatrics*. 2002;110:e15-e19.
17. Su Q, Zhang Y, Ma Y, Zheng X, Han T, Li F, *et al.* Measles imported to the United States by children adopted from China. *Pediatrics*. 2015;135:e1032-7.

5. Enlaces de interés

- Canadian Immunization Guide. Immunization of Persons new to Canada.
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-liv...>
- Centers for Disease Control and Prevention. International adoption.
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/international-travel-with-i...>
- Centers for Disease Control and Prevention. Immigrant and Refugee Health. Current Immunization Schedules.
<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/overseas/interventi...>
- Centers for Disease Control and Prevention. New Vaccination Criteria for U.S. Immigration: Frequently Asked Questions (FAQs).
<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/laws-regs/vaccination-immigrat...>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Fichas técnicas de vacunas.
<http://vacunasaep.org/profesionales/fichas-tecnicas-vacunas>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacunación acelerada.
http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep_2018_acelerad...
- The Australian Immunisation Handbook 10th Edition (updated August 2017). Pre-vaccination. Catch-up.
<http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Conte...>
- The Green Book. The UK immunisation schedule.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/fil...
- WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. Global summary.
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary

-oOo-

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