

INMUNIZACIONES EN EL INMIGRANTE

Mayo 2009

La población inmigrante procede a menudo de comunidades socio-económicamente deprimidas, lo que conlleva una alta probabilidad de que estén insuficientemente o incorrectamente vacunados y, por lo tanto, expuestos a agentes infecciosos a los que la población autóctona es inmune. 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).

Por estas razones, desde el nivel de atención primaria de salud es necesario implementar estrategias destinadas a aumentar la captación, procediendo a iniciar o completar la pauta vacunal de los niños, niñas y adultos inmigrantes, aprovechando la asistencia a la consulta por cualquier problema de salud.

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 prevacunal 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 I 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.
- 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 II figura el número de dosis mínimas recomendadas para considerar una vacunación completa.

Aunque el niño o niña 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.

Los adultos deberán actualizar sus inmunizaciones frente a poliomielitis, tétanos, difteria, hepatitis B, sarampión, parotiditis y rubéola, de acuerdo a las pautas que figuran en la tabla 1 y según pertenencia a grupo de riesgo.

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 los casos de niños nacidos en España que viajan al país de origen de sus padres.

Características de la vacunación en los países de origen

Se ha constatado la 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 virus de hepatitis B 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.

Los calendarios vacunales de todos los países se encuentran disponibles para su consulta en la dirección: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm

BIBLIOGRAFIA

1. Vaccines. Plotkin SA, Orenstein WA. Third edition. Saunders Ed. Philadelphia, 1999.
2. Guía práctica de vacunaciones. Picazo JJ. Edición especial para Castilla-La Mancha. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Toledo, 2002.
3. Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones. Salleras L. 2ª edición. Ed. Masson. Barcelona, 2003.
4. Vacunaciones en el adulto. Guía y recomendaciones. De Juanes JR. Ed. ASFORISP. Madrid, 2003.
5. Vacunación en adultos. Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2004.
6. Inmunizaciones en el inmigrante. Guía de actuación en atención primaria para población inmigrante. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Toledo, 2005.
7. Vacunaciones en el adulto. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Toledo, 2006.
8. www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm

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

Meses contados a partir de la primera visita							
Edad	0	1	2	4	6	12	24
Menores de 24 meses	DTPa Hepatitis B ⁽¹⁾ Hib ⁽²⁾ Men C VPI Triple Vírica ⁽⁴⁾		DTPa Hepatitis B Hib Men C ⁽³⁾ VPI	DTPa Hib VPI		Hepatitis B DTPa Hib Men C ⁽³⁾ VPI	
24 meses a 6 años	DTPa Hepatitis B ⁽¹⁾ Hib Men C VPI Triple Vírica	DTPa Hepatitis B VPI Triple Vírica ⁽⁵⁾	DTPa VPI			Hepatitis B DTPa VPI	DTPa ⁽⁵⁾
7 a 18 años	Td Hepatitis B ⁽¹⁾ Men C VPI ⁽⁷⁾ Triple Vírica	Td Hepatitis B VPI Triple Vírica ⁽⁵⁾				Hepatitis B ⁽⁹⁾ Td ⁽¹⁰⁾ VPI	
Mayores de 18 años (si pertenece a un grupo de riesgo)	Td Hepatitis B VPI ⁽⁷⁾ Triple Vírica	Td Hepatitis B VPI				Hepatitis B ⁽⁹⁾ Td ⁽¹⁰⁾ VPI	

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.

Men C: Vacuna frente al Meningococo C.

Td: Vacuna frente a Tétanos y Difteria, tipo adulto.

Triple Vírica: Vacuna frente a Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

VPI: Vacuna antipoliomielítica inactivada.

⁽¹⁾ 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).

⁽²⁾ 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.

⁽³⁾ Según la edad de comienzo de vacunación: Menores de 12 meses: 2 dosis con un intervalo de 4 semanas y un recuerdo a los 12 meses; Mayores de 12 meses: 1 dosis.

⁽⁴⁾ A partir de los 12-15 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no contabilizan).

⁽⁵⁾ 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.

⁽⁶⁾ 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.

⁽⁷⁾ 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.

⁽⁸⁾ La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis.

⁽⁹⁾ A los 6 meses de la primera dosis.

⁽¹⁰⁾ La tercera dosis se puede administrar a los 6-12 meses de la segunda.

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

Edad	Triple vírica	Tétanos	Difteria	Tos ferina	H. influenzae b	Polio	Hepatitis B	Meningococo C
Menores 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	3	1
7-18 años	1	3	3			3	3	1
Mayores de 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 anti-sarampión 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: Menores de 12 meses: 2 dosis con un intervalo de 4 semanas y un recuerdo a los 12 meses; Mayores de 12 meses: 1 dosis.