

# Vacunación de la infancia en movimiento: migrantes, viajeros y adoptados

A. Montesdeoca Melián

Médico Pediatra. Equipo de Apoyo a la Asistencia a la Infancia en Movimiento.  
Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Las Palmas.  
Técnico Responsable del Programa de Inmunizaciones. Dirección General de Salud Pública de Canarias



## Resumen

La vacunación en poblaciones inmigrantes, refugiadas, adoptadas y viajeros internacionales constituye un pilar esencial en la protección de la salud individual, la salud pública y la equidad sanitaria. Al ingreso en España, muchos individuos carecen de registros vacunales fiables, lo que exige aplicar calendarios de vacunación de rescate según edad, país de origen y riesgo epidemiológico. El papel que juegan la mediación intercultural y las actividades de vacunación comunitaria es fundamental en el éxito de los programas vacunales destinados a inmigrantes de habla no hispana. En poblaciones hacinadas en centros de menores, adquiere especial importancia la administración precoz de vacunas que protejan frente a sarampión, difteria, poliomielitis, varicela y, en no inmunes, hepatitis A. En relación con los viajeros, se destaca la importancia de la consulta médica previa, preferiblemente seis semanas antes del desplazamiento, para revisar vacunas rutinarias, requeridas y recomendadas, además de adoptar medidas preventivas complementarias. Las inmunizaciones frente a fiebre amarilla, hepatitis A, fiebre tifoidea, meningococo y rabia adquieren especial relevancia según destino y exposición. En conjunto, la vacunación se reafirma como una herramienta indispensable para la prevención, la protección individual y colectiva, y la reducción de desigualdades en salud entre poblaciones desplazadas y viajeras.

## Abstract

*Vaccination in immigrant, refugee, adopted, and international traveler populations constitutes an essential pillar in the protection of individual health, public health, and health equity. Upon entering Spain, many individuals lack reliable vaccination records, which requires applying catch-up vaccination schedules according to age, country of origin, and epidemiological risk. The role of intercultural mediation and community vaccination activities is fundamental to the success of vaccination programs aimed at non-Spanish-speaking immigrants. In populations crowded in juvenile centers, the early administration of vaccines that protect against measles, diphtheria, poliomyelitis, or varicella is of particular importance. Regarding travelers, the importance of a pre-travel medical consultation, preferably six weeks before departure, is highlighted in order to review routine, required, and recommended vaccines, in addition to adopting complementary preventive measures. Immunizations against yellow fever, hepatitis A, typhoid fever, meningococcus, and rabies acquire special relevance depending on destination and exposure. Overall, vaccination is reaffirmed as an indispensable tool for prevention, individual and collective protection, and the reduction of health inequalities among displaced and traveling populations.*

**Palabras clave:** Inmigrante; Equidad; Inmunización; Prevención; Viajero internacional.

**Key words:** *Immigrant; Equity; Immunization; Prevention; International traveler.*

## OBJETIVOS

- Destacar la importancia de las inmunizaciones en viajeros de diversa índole, enfatizando su papel beneficioso, no solo en la salud individual, sino también en la colectiva.
- Transmitir la importancia de administrar un calendario vacunal acelerado en población inmigrante, atendiendo a la diversidad dentro de un término tan amplio.
- Insistir en la necesidad de que el sistema sanitario ejecute estrategias de vacunación en el ámbito comunitario para poder garantizar una aplicación equitativa del programa vacunal en inmigrantes.
- Destacar el papel de la mediación intercultural en la aplicación de la pauta vacunal a inmigrantes de otras culturas como garantía de éxito.
- Fomentar la cultura de la consulta vacunal previa al viaje con la suficiente antelación, así como la visita a la vuelta para completar la pauta cuando esté indicado.
- Actualizar las indicaciones de viejas y nuevas vacunas indicadas específicamente en el viajero.

## Introducción

El fenómeno de la globalización y la facilidad con la que las personas atravesamos las fronteras, actualmente, condicionan la epidemiología de determinadas enfermedades, algunas de ellas inmunoprevenibles. La relación entre los viajes y la salud es tan antigua como la historia de la

*Autor de correspondencia:* abianm1976@gmail.com

humanidad y el desarrollo de los medios de transporte; a la par que el incremento en los desplazamientos internacionales, ha facilitado la dispersión de microorganismos y, ocasionalmente, también de sus vectores. Esto involucra también a los niños, niñas y adolescentes (NNA) que, aunque a menudo se mueven en compañía de sus familiares, en ocasiones lo hacen solos y, a veces, en terribles periplos migratorios que ponen en serio riesgo su salud y su vida.

**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 infantil autóctona<sup>(1)</sup>.**

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>(2)</sup> a 1 de enero de 2024, en España hay aproximadamente 997.000 personas menores de 18 años con nacionalidad extranjera, lo que representa cerca del 12,6 % del total de menores residentes. Entre estos NNA inmigrantes, la mayoría procede de países de América Latina, principalmente Colombia, Ecuador, Venezuela y Argentina, aunque, dependiendo de la región española de la que hablemos, se observa una presencia significativa de menores originarios de países de la Europa del Este, principalmente Rumania y Ucrania, así como del norte de África, en particular de Marruecos y Argelia.

En este trabajo resumiremos las recomendaciones de inmunización en un grupo heterogéneo de niños y adolescentes con un vínculo que los une: el viaje internacional. Lo haremos en dos bloques para facilitar su comprensión, uno dedicado a las necesidades de inmunización de los que llegan (inmigrantes, refugiados y adoptados de otros países) y otro profundizando en recomendaciones para los que parten (viajeros).

### Vacunación en el niño inmigrante, refugiado y en programas de adopción internacional

Dentro del total de los desplazamientos internacionales, los movimientos migratorios constituyen una realidad global en constante crecimiento. Impulsados por profundas desigualdades entre países, ya sea en términos de esperanza de vida, motivos políticos o sociales, conflictos armados u otros, grandes

grupos de población cruzan fronteras con la esperanza de mejorar sus condiciones de vida. Muchas de estas personas proceden de países con bajas tasas de cobertura vacunal<sup>(3)</sup>, lo que las hace especialmente vulnerables a contraer enfermedades inmunoprevenibles. Esta vulnerabilidad se ve agravada cuando, al ingresar de forma irregular en los países de acogida, se enfrentan a situaciones de exclusión social: dificultades para acceder al sistema sanitario, condiciones de hacinamiento en viviendas ubicadas en guetos periféricos de grandes ciudades o en centros de acogida/campamentos sobreocupados. Todos estos factores configuran un escenario propicio para la aparición de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación (ya descritos en varios lugares de Europa)<sup>(4)</sup>.

**Aunque el Sistema Nacional de Salud español garantiza, conforme a la Ley Orgánica 8/2000, el derecho de los menores de edad a integrarse plenamente en el sistema sanitario en igualdad de condiciones que los nacionales, diversos factores pueden dificultar este acceso.**

Muchas de estas barreras de acceso vienen derivadas de la diversa interpre-

tación que hacen algunos servicios de salud regionales de esta ley, lo cual deriva en situaciones de inequidad en salud. La barrera idiomática y cultural no bien gestionada desde los servicios sanitarios, la falta de formación y actualización de la norma por parte de un porcentaje del personal administrativo, el desconocimiento que tienen las personas inmigrantes del funcionamiento del sistema sanitario en España, los prejuicios recíprocos y el innegable racismo institucional presente, en ocasiones, son escollos que pueden impedir el acceso a las vacunas por parte de este colectivo<sup>(5)</sup>. En la tabla I se expone un resumen de las dificultades para el acceso a las vacunas por parte de los NNA inmigrantes y sus posibles soluciones.

**El término “niño inmigrante” engloba a aquellos NNA que se desplazan desde su país de origen para residir de forma prolongada dentro de nuestras fronteras. Este término incluye a perfiles de menores de edad que viven una realidad muy diversa y que, en lo que se refiere a su estado de protección frente a enfermedades prevenibles mediante la vacunación y, en consecuencia, a sus necesidades de inmunización, también difieren.**

Desconfianza hacia el sistema sanitario	Información directa y empática por parte de profesionales sanitarios
Barrera idiomática y/o cultural	Presencia en consulta de mediación intercultural profesional
Desconocimiento de la necesidad de vacunarse	Educación sanitaria sobre vacunas
Problemas burocráticos de acceso al sistema	Formación del personal administrativo del centro de salud
Dificultades para trasladarse al centro sanitario	Vacunación en el medio comunitario (centros de menores, escuelas, mezquitas)
Incompatibilidad entre los horarios de trabajo y de consulta o imposibilidad de previsión	Consultas de vacunación sin cita
Desconocimiento sobre vacunación del adolescente por parte del profesional sanitario	Formación en vacunas, incluyendo a profesionales dedicados a población adulta
Falta de disponibilidad de vacunas para situaciones coyunturales de llegadas masivas de menores de edad migrantes	Planificación de compra pública de vacunas en puntos de entrada de migración irregular
Desconocimiento por parte de organizaciones de acogida sobre vacunaciones	Formación específica en inmunizaciones a personal de centros de menores

Los NNA que adquieren el estatus de refugiado, los solicitantes de protección internacional y los que son adoptados desde otros países son también “inmigrantes”. Con frecuencia, se utiliza el término “migrante” para hacer referencia específicamente a las personas extranjeras que se encuentran en tránsito en España con destino final en un tercer país. La heterogeneidad de esta población viene condicionada igualmente por varios determinantes sociales que los harán candidatos a seguir una pauta vacunal individualizada.

Sin pretender ser exhaustivos, se citan a continuación un número de factores que van a condicionar las acciones necesarias que los servicios de salud deberían poner en marcha para intentar lograr una inmunización con garantías de equidad en esta población:

- **El lugar de procedencia**, considerando no solo el país, sino el ambiente en el que han crecido (rural, urbano, haber nacido o vivido en situación o no de clandestinidad en terceros países, la accesibilidad a servicios sanitarios básicos en origen, el alcance y calidad de los programas de vacunación en la nación de partida). Los NNA no vacunados en origen o tránsito corren el riesgo de contraer enfermedades hasta lograr equiparar su estado de inmunización con su cohorte autóctona. Cuantas menos vacunas hayan recibido, más precoz debería ser su detección y aplicación del calendario vacunal de rescate.
- **El tipo de migración hacia España**, la llegada por medios convencionales o rutas comerciales y el paso transfronterizo controlado frente a la utilización de rutas irregulares, condiciona la actitud de padres o tutores hacia el sistema sanitario (miedo a ser deportados). En ocasiones, este es un motivo importante de retraso en el inicio de la vacunación.
- **La compañía o no de adultos de referencia** que velan por su salud, portando ocasionalmente documentos de certificación de inmunizaciones.
- **Las similitudes culturales o del idioma** que faciliten la integración en el destino y la superación de barreras de acceso a los servicios sanitarios de las comunidades autónomas para recibir vacunas. En los casos en los que la barrera idiomática y cultural sea evidente, la figura de mediación intercultural resulta básica para garantizar el éxito del plan de vacu-

nación. Sin comunicación efectiva, la relación médico-paciente/familia está condenada al fracaso.

- **Las condiciones de vida de los padres** y su itinerancia por diferentes regiones españolas (hijos/as de temporeros de la agricultura, unidades familiares dentro del Programa de Atención Humanitaria de España).

La vacunación a NNA inmigrantes plantea desafíos específicos en el contexto de la práctica pediátrica española, siendo el objetivo principal el equiparar lo antes posible la protección frente a enfermedades inmunoprevenibles e igualarla a la que goza la población autóctona de su misma cohorte de nacimiento, minimizando así los riesgos, primero para ellos y, de forma secundaria, también para la comunidad. En determinadas ocasiones, nos encontraremos con población infantojuvenil itinerante, con cambios frecuentes de domicilio, otros que se encuentran de paso en España hacia otros países de Europa, y algunos que son trasladados a centros de acogida de diferentes regiones, dependiendo de circunstancias relacionadas con la presión migratoria de una ciudad o comunidad autónoma determinada. En estos casos será necesario ejecutar un plan de vacunaciones acelerado y puede estar justificado incluso el adelanto de dosis que no corresponderían a las recibidas por la cohorte autóctona correspondiente, como, por ejemplo, la administración de la segunda dosis de vacuna triple vírica en NNA de unidades familiares que se desplazan a países en los que el acceso a los servicios sanitarios pudiera estar limitado por un periodo de tiempo indefinido.

### Planificación y aplicación del calendario vacunal individualizado

**Las vacunas prioritarias a administrar en esta población incluyen la triple vírica (sarampión, paperas y rubeola), la difteria, la poliomielitis, el tétanos, las hepatitis A y B (cuando estén indicadas), neumococo (menores de 5 años sin factores de riesgo) y varicela.**

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen directrices armonizadas basadas en el calendario del país de llegada, ofreciendo todas las vacunas omitidas o inciertas lo antes posible y considerando a todas las personas migrantes con registros dudosos

como no vacunados y, por lo tanto, candidatos a una puesta al día completa en inmunizaciones<sup>(6,7)</sup>.

Esto no quiere decir que otras no sean necesarias, sino que, en caso de tener que priorizar, estas sean las primeras a tener en cuenta.

A la hora de definir el plan vacunal a administrar en esta población (calendario de rescate), consideraremos diferentes aspectos específicos que aplican en estos casos y que pueden enumerarse sucintamente de la siguiente manera:

- **Disponibilidad de documentos oficiales que acrediten el haber recibido vacunas.** Se darán por válidas las dosis que estén correctamente registradas, siempre que se hayan cumplido con los intervalos mínimos exigibles entre dosis y la edad mínima de administración, continuando el calendario donde lo dejó, según el programa oficial de la comunidad autónoma de residencia<sup>(8)</sup>. Si no se aporta esta certificación, se procederá a iniciar el calendario adaptado a su edad desde cero, como si no hubiera recibido ninguna vacuna. La declaración verbal de los adultos responsables no debe ser considerada como prueba de vacunación. Para interpretar calendarios extranjeros, hoy en día resultan de utilidad varios recursos como traductores web para escanear documentos físicos en otros idiomas o portales como este de la OMS: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=&location=>.
- **Serologías.** La serología sistemática para comprobar el estado de inmunización cuando no se aporta certificado vacunal no está indicada, por haberse demostrado una medida ineficiente<sup>(9)</sup>. Una cuestión distinta es que, aprovechando el cribado analítico que se debe realizar a todo NNA inmigrante en la primera visita, especialmente cuando proceda de países con mayor incidencia de determinadas enfermedades infecciosas con respecto a nuestro país, se tomen en cuenta los resultados positivos frente a virus de la hepatitis A o B y obviar en estos casos estas vacunas. En niños en los que la hexavalente esté indicada por edad y tengan serología positiva a virus de la hepatitis B en el cribado, se procederá a vacunar de igual forma, ya que se beneficiará de la inmunización con el resto de componentes del preparado con un solo pinchazo, sin que se espere ningún efecto adverso

añadido por su condición previa de seropositividad a la hepatitis B. En los NNA mayores de 12 meses que vivan en centros de menores en situación de hacinamiento, en los que mantengan contacto con flujos constantes de nuevos compañeros procedentes de países endémicos y en aquellos casos en los que se espere puedan retornar por vacaciones u otras causas a sus lugares de origen y sean seronegativos para hepatitis A (cribado), tendrán indicación de ser vacunados frente a este virus con dos dosis separadas al menos 6 meses entre sí.

- **Diferente composición de algunos preparados vacunales, según el país de procedencia.** Existe cierta variedad de preparados vacunales de uso en el extranjero que difieren de los usados en España. Por ejemplo, las vacunas pentavalentes en uso en aquellos países que mantienen vacunación atenuada frente a la polio por vía oral (VPO) contienen antígeno del virus de la hepatitis B y no el componente de poliomielitis. Las vacunas polisacáridas de meningococo de serogrupos A y C usadas en China o las utilizadas frente a meningococo B en países como Cuba no son equiparables a las empleadas en nuestro país y no se considera que aporten la protección de las conjugadas (MenC y MenACWY) o las de proteínas subcapsulares (MenB) que usamos en España. Requiere una mención especial la corrección de la pauta con un mínimo de dos dosis (separadas por 4-6 meses) de vacuna inactivada parenteral frente a la poliomielitis en personas que hayan sido vacunadas de forma exclusiva con VPO bivalente (VPOb)<sup>(10)</sup>.
- **Pautas vacunales a edades inferiores y con objetivos programáticos diferentes a los de España.** Existe multitud de países en el mundo que, por razones epidemiológicas locales, aplican la llamada dosis cero de VPO al nacimiento o vacunas combinadas de sarampión-rubeola antes de cumplir los 11 meses de edad. En ambos casos, estas dosis deben ser ignoradas y no contarán en el plan de corrección de la pauta. Ha de tenerse en cuenta que, en lugares de alta endemia de hepatitis B con deficiencias en el control del embarazo, en muchas ocasiones no se dispone de inmunoglobulina específica frente a este virus o se administra la primera dosis de vacuna frente a hepatitis B

tras la primera semana de nacimiento, debiéndose descartar la transmisión vertical de este virus que, por otra parte, es la principal vía de adquisición en los NNA procedentes de países de bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH)<sup>(11)</sup>. En la inmunización de esta población conviene no olvidar a los padres, pues, en ocasiones, encontraremos que son menores de 18 años y también deben recibir vacunaciones que no veríamos indicadas en adultos (VPH, MenACWY, Tdpa).

- **Necesidad de un acercamiento activo de los servicios de salud a la población inmigrante.** En esta población, tal y como se ha comentado previamente, existen multitud de barreras que pueden impedir el acceso al sistema sanitario y, por ende, a las inmunizaciones. Además de las citadas más arriba, el miedo de los progenitores a ser detenidos o deportados, los retrasos burocráticos que afectan a adolescentes (procesos de determinación de la edad) y menores no acompañados, la movilidad por inestabilidad laboral, la incapacidad de las entidades encargadas de la acogida a menores migrantes tutelados por las comunidades autónomas o el rechazo a la vacunación por parte de NNA no acompañados que no conocen de su necesidad, obliga a los servicios sanitarios a tomar una actitud activa si se pretenden disminuir las bolsas de susceptibles en la población. Son múltiples las experiencias que demuestran que una actitud expectante conlleva un escaso contacto con esta población. La formación sobre vacunas en centros de acogida (para educadores y usuarios), las campañas informativas con presencia de mediadores culturales previas a la inmunización, la acción vacunadora comunitaria con el desplazamiento de equipos a los centros de acogida o campamentos, la participación de líderes religiosos o de otra índole (especialmente en épocas como el Ramadán) o los programas de vacunación escolar son solo unos ejemplos de cómo los servicios sanitarios pueden acometer acciones que hagan disminuir la posibilidad de aparición de brotes epidémicos en personas inmigrantes. La necesidad de aumentar coberturas vacunales en esta población viene recogida expresamente en la Agenda de Inmunización para 2030 de la OMS<sup>(12)</sup> o en el Plan

de acción en España para la erradicación de la poliomielitis 2024-2028<sup>(13)</sup>, por citar tan solo dos ejemplos.

- **Trazabilidad y garantía de continuidad de la vacunación.** En no pocas ocasiones, especialmente en aquellas zonas de nuestro país con una mayor presencia de NNA inmigrantes provenientes de culturas muy diferentes a la nuestra, existen problemas relacionados con la identificación y la trazabilidad de sus datos. Esto viene motivado porque hay muchos NNA que no aportan documentos acreditativos de su identidad en el momento de entrar en nuestro país (especialmente migrantes llegados por vía irregular) y sufren la adjudicación de nombre, apellidos y edad aproximados a la realidad. Aparte del atentado a la dignidad que se produce cuando a una persona se la reseña con otro nombre o se le impone una edad claramente inexacta, se abona el terreno para que se produzcan errores relacionados con la atención sanitaria de todo tipo (vacunas que no corresponden, fallos en la interpretación de pruebas complementarias, confusiones por cruce de historias clínicas con mismo nombre y misma fecha de nacimiento, riesgo de intervenciones sanitarias a sujetos que no lo necesitan y lo contrario, etc.). El profesional sanitario que atiende a estos NNA ha de estar muy atento para evitar cometer errores por este motivo. Finalmente, la ausencia de redes oficiales de transmisión de la información médica en todo el territorio nacional provoca que, con frecuencia, estos NNA sean sometidos a vacunas u otras intervenciones cuando cambian de domicilio, por no disponer de un registro de sus vacunaciones, especialmente los que no están acompañados por adultos. Resulta imprescindible incorporar a la práctica habitual el aportar un registro físico de las vacunaciones administradas en cada visita, también en NNA no acompañados, sugiriendo, además, el que tomen una fotografía del documento/cartilla con el teléfono móvil por si lo perdieran. En el momento en el que se redacta este trabajo, se encuentra en las últimas fases de desarrollo un sistema electrónico de registro de inmunizaciones a nivel nacional (SIVAIN) que será implantado en todo el país y permitirá la consulta de la historia vacunal

de cualquier individuo residente en España, independientemente de la región o el ámbito sanitario en el que haya sido inmunizado.

- **Uso de vacunas combinadas, pautas aceleradas y aprovechamiento de oportunidades de vacunación.** En ningún grupo poblacional es tan importante como en este el utilizar vacunas con varios antígenos (p. ej.: vacunas hexavalentes) y aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para inmunizar si está indicado, independientemente del motivo de consulta. Podría ser la última vez que tengamos la oportunidad de vacunar a ese NNA, dada la alta dificultad para conciliar la vida laboral de padres con trabajos precarios o con jornadas extendidas. En situaciones de gran afluencia de NNA inmigrantes, como ocurre en algunos puntos de España (Canarias, Baleares, Ceuta y Melilla, Murcia, Andalucía), puede ser necesaria la utilización de vacunas con recomendaciones fuera de ficha técnica, como el uso de los preparados hexavalentes hasta los 10 años, por ejemplo, práctica segura, avalada por la experiencia en otros países como Reino Unido<sup>(14)</sup> o Australia. Siempre que se inicie un calendario de rescate en este contexto, se intentará llevar a cabo una pauta acelerada, respetando intervalos mínimos entre dosis de un mismo preparado, pero buscando acercar al máximo las visitas para culminarlo lo antes posible<sup>(15)</sup>.

Este artículo tiene como objetivo describir cuestiones prácticas relacionadas con la vacunación en esta población que no suelen encontrarse en textos convencionales. Para un estudio exhaustivo del tema y apoyo para casos específicos, recomendamos la consulta del capítulo correspondiente del Manual de Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría<sup>(8)</sup> y el documento de calendario acelerado aprobado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del CISNS<sup>(16)</sup>.

En contextos de contingencia migratoria por vía irregular, resultan de ayuda las iniciativas facilitadoras para la vacunación a personas migrantes impulsadas por los servicios sanitarios públicos, como la Guía rápida de inmunización fuera de norma para NNA publicada en Canarias, recientemente actualizada y disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/88f464c1-2fd6-11f0-b6c5-d718f32cbce3/GuiaInmunizacionFueraNorma.pdf>.

Cada vez hay más pruebas de que garantizar una alta cobertura de vacunación entre las personas migrantes es fundamental para lograr y mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y la poliomielitis, y controlar la hepatitis B en Europa. Los expertos y las agencias piden la armonización paneuropea de los protocolos de vacunación de los migrantes, una financiación sólida, una mayor divulgación, competencia cultural y una evaluación basada en datos para cerrar las brechas actuales en materia de inmunización. En este sentido, en el momento en el que se redacta este trabajo se encuentra en fase de revisión un documento de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones que definirá y armonizará recomendaciones y estrategias para vacunar a la población migrante acogida en el Programa de Atención Humanitaria estatal.

En lo que se refiere a NNA en programas de adopción internacional, hay que decir que en 2023 se registraron 192 adopciones de este tipo en España, un ligero aumento respecto al año anterior, aunque muy lejos de las más de 3.000 alcanzadas a comienzos de este siglo. Según el Ministerio de Juventud e Infancia y el Observatorio de la Infancia<sup>(17)</sup>, los niños adoptados procedían principalmente de Vietnam, India, Hungría y Colombia, mientras que la adopción desde China continúa en mínimos históricos. Muchos de los comentarios y recomendaciones realizados previamente también son aplicables a esta población, aunque su realidad psicosocial suele ser bastante diferente. Estos NNA, aunque procedentes, en ocasiones, de países de bajo IDH, suelen ser traídos a España por sus padres adoptivos con un certificado de vacunaciones recibidas en el país de origen.

**El contexto social en el que son acogidos estos NNA difiere completamente del de los inmigrantes económicos, laborales, irregulares o refugiados, en tanto en cuanto gozan de la protección de unos padres muy involucrados en su bienestar, incluyendo los aspectos relacionados con la salud.**

Al igual que en otros perfiles de inmigrantes, los NNA adoptados requieren de una comprobación y corrección

del calendario vacunal si lo precisan y, en estos casos, cabe tener en cuenta también la necesidad de realizar cribados analíticos (según el país de origen) y la inmunización de padres y convivientes según resultados frente a enfermedades como la hepatitis A o B.

## Vacunación en viajeros internacionales

En 2020, la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ocasionó una caída del 72 % en el número de viajeros internacionales respecto al año anterior. Según datos publicados por la Organización Mundial del Turismo, durante 2024 se recuperaron las cifras de desplazamientos que se observaron en 2019<sup>(18)</sup>. Aproximadamente, el 8 % de los viajeros son menores, y cerca del 10 % se dirigen a destinos tropicales.

**Al planificar un viaje internacional con niños, es fundamental considerar diversos aspectos que aumentan el riesgo de adquisición de determinadas enfermedades y que están vinculados al perfil del viajero, el destino elegido y las características del viaje. Los más relevantes se citan en la tabla II.**

Un grupo especialmente vulnerable lo constituyen los hijos de inmigrantes nacidos en España que viajan temporalmente al país de origen de sus progenitores para reencontrarse con familiares y amigos (los denominados *children visiting friends and relatives*, o cVFR). Estos menores, al mantener un contacto estrecho con la población local, tienen mayor probabilidad de exposición a

**Tabla II. Factores de riesgo asociados al niño viajero**

- Tener una edad inferior a cinco años
- Estancias prolongadas (más de 30 días) en países tropicales o con bajo-medio Índice de Desarrollo Humano (IDH)
- Menores que viajan para visitar a familiares y amigos (cVFR, por sus siglas en inglés)
- Presencia de enfermedades crónicas o inmunodepresión
- Viajes de aventura o sin organización previa (mochileros)
- Hijos de cooperantes o viaje a lugares en guerra o afectados por catástrofes naturales

Tabla III. Recursos útiles de búsqueda de información para viajeros

- España: <https://sisaex-vac-cita.mscbs.gob.es/sanitarios/consejos/datosViajero/iniciarConsejos.do>
- Estados Unidos de América (EUA): Traveler's Health: <https://wwwnc.cdc.gov/travel>
- Reino Unido: NaTHNaC: <https://travelhealthpro.org.uk/>
- Canadá: CATMAT: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/travel-health/information-travel-health-professionals.html>
- AMSE: Asociación Española de Médicos de Sanidad Exterior: <https://amse.es/category/sanidad-exterior/recomendaciones-a-viajeros/recomendaciones-basicas/>
- IAMAT: International Association for Medical Assistance to Travelers: <https://www.iamat.org/>
- Información actualizada sobre alertas a nivel mundial:
  - ProMED-mail: Programa para el Monitoreo de Enfermedades Emergentes. Muy útil para estar al día de alertas internacionales en tiempo real: <https://promedmail.org/>
  - OMS: <https://www.who.int/es>
  - Fundación IO: <https://old.com.fundacionio.es/2020/06/17/viajarseguro-org/> y su herramienta de vigilancia de alertas epidemiológicas: <https://hradar.com/>

enfermedades como hepatitis A, tuberculosis, fiebre tifoidea o leptospirosis. A menudo, carecen de inmunidad frente a estas enfermedades y, además, es frecuente que no se sigan adecuadamente las medidas preventivas básicas. Dentro de este grupo, se diferencian los cVFR extranjeros, con un tiempo vivido en el país al que se pretende viajar, y los cVFR viajeros, nacidos en España (habitualmente con un mayor riesgo).

**Desde la consulta de Atención Primaria, se debe ofrecer una orientación valiosa para prevenir enfermedades y accidentes durante viajes internacionales, así como garantizar una protección adecuada mediante la administración de vacunas.**

No obstante, en muchos casos, resulta imprescindible derivar al paciente a un servicio de Sanidad Exterior o a un Centro de Vacunación Internacional (CVI). La identificación de viajeros en situación de riesgo debe iniciarse en el primer trimestre del año, mediante la exploración activa en consulta (especialmente, entre hijos de inmigrantes procedentes de países tropicales) o a través de cartelería informativa y otros recursos que motiven a las familias a consultar con suficiente antelación antes de emprender el viaje (Tabla III).

### Consulta médica previa al viaje

**Antes de un viaje, se recomienda que el niño visite a su pediatra para realizar un examen de salud y verificar que su calendario vacunal rutinario esté al día.**

Dependiendo de la formación del pediatra, este podría prescribir algunas vacunas específicas para el viajero, proporcionar consejos preventivos individualizados por escrito e indicar medicación cuando sea necesario (tratamiento de enfermedades crónicas, quimiopprofilaxis para paludismo, autotratamiento de diarrea del viajero, repelente de insectos, etc.) o derivar al paciente a un servicio de Sanidad Exterior o al CVI de referencia.

Al final de este artículo se citan algunos de los múltiples recursos que se encuentran a nuestra disposición para ofrecer recomendaciones individualizadas al viajero. Las medidas preventivas para niños que emprenden un viaje internacional son diversas, pero, entre ellas, destacan las que tienen relación con la inmunización.

En este sentido, las vacunaciones a indicar en este contexto podemos agruparlas como se detalla a continuación.

### Vacunaciones rutinarias o de calendario

**La visita previa al viaje debe realizarse con la antelación suficiente para asegurar una respuesta serológica protectora robusta tras la administración de las vacunas, aproximadamente 4-6 semanas antes de la partida.**

La indicación de vacunas en los viajes es dinámica y varía con la epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles en los diferentes países. Incluso el viaje a países de alto IDH puede requerir de la administración de vacunas no usadas habitualmente en nuestro medio (p. ej.: encefalitis transmitida por garrapatas).

Dependiendo de las características del destino, especialmente en aquellos casos en los que el motivo del viaje sea el ocio, hay casos en los que la recomendación será la de posponerlo o modificar el país a visitar.

La vacunación sistemática de un niño ante un viaje internacional debe incluir las del calendario oficial vigente en su zona de residencia<sup>(1)</sup>. Si no está completo, se deben administrar las dosis faltantes según un calendario acelerado o de rescate. En ocasiones, se necesitan dosis adicionales por las características del destino (p. ej.: poliomiéltis en lugares con circulación de poliovirus) o adelantar dosis rutinarias por existir brotes epidémicos. Hay vacunas como la de la gripe que pueden estar indicadas en viajeros con el motivo específico del desplazamiento fuera de nuestras fronteras.

En general, la pauta de vacunación del viajero va a depender de diversos factores, entre los que cabe destacar:

- Las vacunas recibidas anteriormente.
- El estado de salud (enfermedades de base) y la edad del niño.
- El riesgo de exposición según el destino, estacionalidad y tipo de viaje.
- Las normas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

**En niños con un esquema de vacunación incompleto, frecuentemente se deberán usar pautas aceleradas para ofrecer la mejor protección posible y podría ser necesario el uso de estas vacunas en edades menores a las habituales, respetando siempre la edad mínima aconsejada por el fabricante.**

No debemos olvidar registrar las vacunas en un documento que el viajero pueda transportar (también se recomienda hacer fotos de la cartilla vacunal para conservarlas en el teléfono móvil) o contar con una aplicación que permita la consulta de dicha información en el destino.

### Vacunas específicas del viajero

A su vez, distinguiremos entre vacunas obligatorias en el contexto de viajes internacionales según el RSI y vacunas recomendadas específicamente para niños viajeros<sup>(19)</sup>.

### Vacunas obligatorias en el contexto de viajes internacionales

Siguiendo las normativas del RSI, los estados pueden exigir ciertas vacunas a

todas las personas que ingresen en sus fronteras para reducir la expansión de enfermedades. Las autoridades de los países con requisitos específicos del RSI solicitarán a los viajeros un Certificado Internacional de Vacunación con las vacunas registradas correctamente (con sello oficial, fecha y firma del profesional). Este documento, conocido como “carné amarillo”, se emite en los CVI acreditados. Si el viajero cumple ciertos requisitos que contraindican su vacunación, deberá aportar un documento de exención oficial, al menos en inglés y francés, emitido por un CVI (p. ej.: vacuna de fiebre amarilla y antecedente de alergia grave al huevo).

Las vacunas exigibles por las autoridades al ingresar a un país, sujetas al RSI, son fundamentalmente tres (aunque podrían incluirse otras de manera transitoria, como ocurrió con la COVID-19):

1. Vacuna frente a la fiebre amarilla.
2. Vacuna frente a la enfermedad meningocócica invasora.
3. Vacuna frente a la poliomielitis.

*Vacuna frente a la fiebre amarilla*

**La prevención de esta enfermedad se realiza mediante una vacuna muy eficaz y segura. Una sola dosis generalmente confiere inmunidad y protección de por vida en la mayoría de los casos.**

La vacuna puede ser requerida para ingresar a ciertos países, especialmente si se proviene de áreas endémicas, según el

RSI. Sin embargo, en muchos países sin reglamentación específica también hay transmisión de la fiebre amarilla, por lo que el viajero debe vacunarse para su protección<sup>(19)</sup>. En situaciones donde el niño no puede vacunarse, se debe evitar viajar a zonas de riesgo. Estos viajeros, si no pueden evitar desplazarse a zona endémica, deben extremar las precauciones contra picaduras de mosquitos.

Los CVI proporcionan información actualizada sobre el riesgo de contraer la enfermedad en distintos destinos. Es importante recordar que el riesgo es dinámico y se debe acceder a información actualizada. En la figura 1, se detallan las zonas donde la fiebre amarilla es endémica. Según las recomendaciones vigentes de la OMS (2013)<sup>(19)</sup>, los adultos y niños mayores de 9 meses requieren una dosis única, de administración subcutánea, que confiere protección superior al 90 % a partir de los diez días tras la inoculación. La vacunación debe registrarse en el certificado de vacunación internacional (carné amarillo) y entra en vigor 10 días después de la administración de la vacuna.

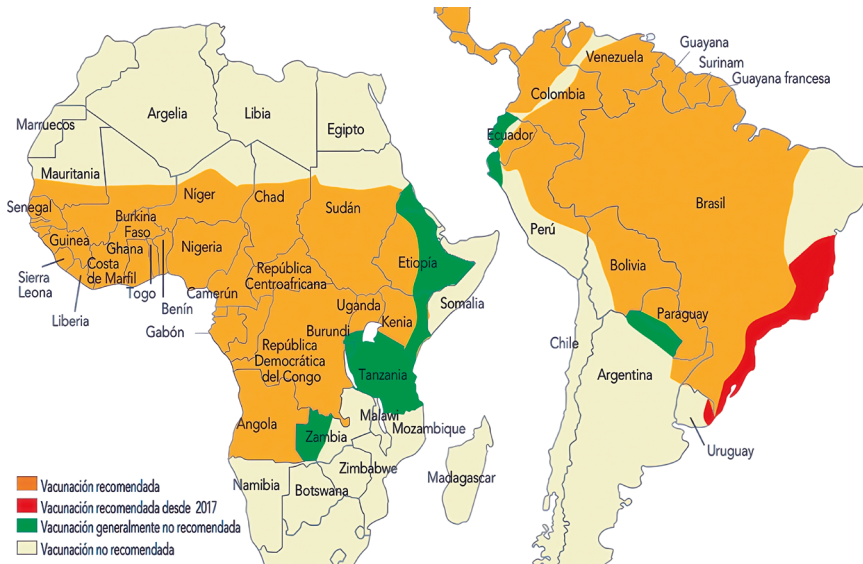
La vacuna contra la fiebre amarilla puede administrarse simultáneamente con otras vacunas de virus atenuados en sitios anatómicos diferentes. Si no se administran el mismo día, deben espaciarse, al menos, cuatro semanas, excepto con la triple vírica, con la cual siempre se separará 4 semanas y no se administrará simultáneamente a no ser que sea inevitable (respuesta subóptima)<sup>(20)</sup>.

**Tabla IV. Indicaciones de una dosis adicional de vacuna frente a la fiebre amarilla**

- Primovacuna con una edad inferior a 2 años
- Mujeres que recibieron la vacuna durante el embarazo
- Personas vacunadas antes de realizarse un trasplante de progenitores hematopoyéticos (una vez recuperada la inmunocompetencia)
- Personas que viven con el VIH (refuerzos cada 10 años si CD<sub>4</sub> entre 200 y 499/mm<sup>3</sup>)
- Inmunodepresión o desnutrición moderada-grave en el momento de recibir la vacunación
- Profesionales que trabajan manipulando el virus (refuerzos según serología)

La vacuna está contraindicada en lactantes menores de 6 meses por el riesgo elevado de presentarse efectos adversos de tipo neurológico. También está contraindicada en niños con alergia grave (anafilaxia) al huevo o a componentes de la vacuna, y en inmunodeprimidos (niños con VIH con recuento de linfocitos CD4 < 15 %, pacientes con enfermedades del timo, timoma, miastenia gravis o inmunodeficiencias graves secundarias a fármacos o quimioterapia). Los niños de entre 6 y 9 meses solo se vacunarán si viajan a zonas de alta incidencia o en situación de brote epidémico y no se puede asegurar la protección contra picaduras de mosquitos. Las madres lactantes de menores de 9 meses que necesiten vacunarse deben extraer y desechar la leche durante los 14 días que dura la eliminación del virus tras la vacuna, si existe la posibilidad de proporcionar leche artificial en su lugar.

Aunque una dosis estándar de vacuna de la fiebre amarilla proporciona protección probablemente de por vida, existen circunstancias especiales en las que algunos comités de expertos (ACIP, JCVI) aconsejan una segunda dosis a los 10 años (o antes según riesgo), si se prevé una nueva exposición<sup>(21,22)</sup> (Tabla IV). Basándose en estudios aislados, algunos países como Francia o Reino Unido, recomiendan una segunda dosis para aquellos vacunados con menos de 2 años de edad, cuando cumplan los 6 años, antes de viajar a zonas endémicas<sup>(23)</sup>.



**Figura 1.** Mapa de distribución geográfica de la fiebre amarilla en el mundo. *Modificada de: CDC Yellow Book 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/yellow-fever.html>.*

### *Vacuna tetravalente frente a la enfermedad meningocócica (serogrupos A, C, W e Y)*

Según el RSI, Arabia Saudí exige la vacuna tetravalente (A, C, W, Y)<sup>(24)</sup> a los peregrinos que asisten a la Meca durante la Umra y el Hajj, incluso si ya han recibido la vacuna conjugada frente al meningococo C. Los adultos y niños mayores de 1 año que peregrinan a la Meca deben tener certificada la administración reciente (últimos 3-5 años) de la vacuna tetravalente ACWY, al menos 10 días antes de llegar a Arabia Saudí. Las vacunas conjugadas ACWY son las más adecuadas por su mayor y duradera protección y algunas pueden aplicarse a menores de 2 años (desde las 6 semanas de edad).

Otras indicaciones no obligatorias:

- Existen zonas en el mundo donde la incidencia de enfermedad meningocócica invasora (EMI) es mucho más alta que la media global. El ejemplo paradigmático lo constituye una franja del continente africano comprendida entre Senegal y Gambia en el oeste, y Etiopía, Eritrea y norte de Kenia en el este (cinturón africano de la meningitis). El riesgo para los viajeros es excepcional, con una incidencia de 0,1-0,3/100.000 personas por mes de estancia. Aun así, se recomienda la vacunación para niños y adolescentes que viajan al cinturón subsahariano ampliado de la meningitis. El riesgo es mayor durante la temporada seca (de diciembre a junio), aunque si la estancia es prolongada y hay contacto con la población local, se aconseja vacunar en cualquier época del año<sup>(24)</sup>.
- Además, algunos países como EUA, Canadá y Reino Unido, exigen esta vacuna a estudiantes (incluidos extranjeros) en una pauta de dos dosis durante la adolescencia. Grandes congregaciones de jóvenes, adolescentes y niños, como campamentos y festivales, también se consideran situaciones de riesgo, recomendándose la vacunación previa a estos eventos.

### *Vacuna frente a la poliomielitis*

La poliomielitis, una enfermedad que estuvo cerca de erradicarse hace unos años, está resurgiendo incluso en países con alto IDH, debido al movimiento global de personas y a la disminución de las coberturas vacunales locales por diversas razones. Desde 2014, la OMS

declaró la poliomielitis como una Emergencia de Salud Pública internacional, lo que llevó al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) a enfatizar la vacunación en determinados viajeros<sup>(24)</sup>. En junio de 2022, se estableció que los viajeros con destino a países con presencia y/o circulación de virus de la polio salvajes o derivados de la vacuna, que planeen permanecer más de 4 semanas, y los residentes de estos países que viajen al extranjero, deben haber recibido una dosis de la vacuna contra la polio entre 1 y 12 meses antes del viaje. El listado de países en los que es necesario tener en cuenta esta excepcionalidad, se encuentra disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-07-2025-statement-of-the-forty-second-meeting-of-the-polio-ihr-emergency-committee>.

Actualmente, solo dos países tienen circulación de virus polio salvaje (tipo 1): Afganistán y Pakistán. Un mayor número de naciones ha informado aislamientos de virus derivados de la vacuna, mayoritariamente tipo 2. Como es una norma del RSI, la administración de estas dosis adicionales debe registrarse adecuadamente en el Certificado de Vacunación Internacional (carné amarillo).

### *Vacunas recomendadas específicamente al viajero fuera del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)*

Estas vacunas se recomiendan a los NNA viajeros según su destino, dependiendo siempre de la evaluación del riesgo del niño y del viaje<sup>(24)</sup>. Las vacunas frente a fiebre amarilla, MenACWY o polio tienen indicaciones fuera del RSI que ya han sido nombradas previamente. Aunque, en la actualidad, existen vacunas autorizadas frente al paludismo, chikunguña, leptospirosis, gripe aviar AH5N1 o ébola, estas no tienen indicación por el momento en viajeros de forma general.

### *Vacuna frente al cólera*

El riesgo para el viajero es muy bajo, especialmente si se evita el consumo de alimentos crudos o manipulados en condiciones de baja higiene y agua no embotellada. No se recomienda de rutina esta vacuna en el viajero, solo de forma excepcional (viajes prolongados a zonas con brote epidémico activo). Podría valorarse en los hijos de cooperantes o personal de ayuda humanitaria que viajan a zonas de desastres o grandes campos de refugia-

dos (aunque se recomienda no viajar con niños como primera opción). Existen dos preparados disponibles en España, uno vivo atenuado y otro inactivado.

### *Vacuna frente a la encefalitis centroeuropea (transmitida por garrapatas)*

Riesgo apreciable en zonas boscosas o rurales por debajo de los 1.500 m de altitud en áreas endémicas, especialmente entre abril y noviembre. Las zonas de mayor incidencia son el centro y noreste de Europa, Rusia y, en menor medida, el este de China y Japón. Se recomienda la vacunación para niños viajeros que vayan a realizar actividades al aire libre en zonas de riesgo y con estancias superiores a 3-4 semanas en áreas boscosas de Rusia y del centro y noreste de Europa (Lituania, República Checa, Alemania y Suecia).

### *Vacuna frente a la encefalitis japonesa*

Es excepcional en viajeros (1/1.000.000). La encefalitis japonesa puede ser mortal o causar secuelas neurológicas importantes, aunque la mayoría de las infecciones son asintomáticas. Recomendada para niños viajeros que pasan mucho tiempo al aire libre en zonas rurales con transmisión endémica durante la estación de lluvias, especialmente en Japón, el Sudeste Asiático, el oeste del Pacífico y el norte de Australia. No se recomienda para viajes cortos o a zonas urbanas. Su indicación en este colectivo es excepcional.

### *Vacuna frente a la fiebre tifoidea*

El riesgo se encuentra muy vinculado al destino y a la conducta alimentaria. Las zonas de mayor riesgo incluyen: el sur y centro de Asia (Bangladesh, India, Pakistán, Filipinas) y el África subsahariana. El riesgo es mayor en menores de 5 años, estancias superiores a 30 días y en cVFR. La vacunación ofrece protección solo al 50-80 %, por lo que se deben seguir tomando precauciones generales en cuanto al consumo de agua y alimentos (protección incompleta frente a esta enfermedad y posibilidad de adquirir otras de transmisión por vía entérica). Existe una forma parenteral inactivada que no puede ser administrada a menores de 2 años y una viva oral en cápsulas (3 dosis a días alternos) contraindicada en inmunodeprimidos y menores de 5 años por el riesgo de atragantamiento.

### Vacuna frente a hepatitis A

Los niños viajeros no inmunes tienen un riesgo muy alto de contagio, especialmente en destinos con deficientes condiciones higiénico-sanitarias o control del agua. Se encuentra indicada para todos los viajeros no inmunes que viajen a zonas endémicas, es decir, todos los destinos excepto Norteamérica, Europa Occidental, Japón, Nueva Zelanda y Australia. La vacuna de virus inactivados requiere al menos una dosis antes del viaje, logrando que el 95 % de los vacunados estén protegidos en 2-4 semanas. El uso de inmunoglobulina polivalente para profilaxis frente a hepatitis A está prácticamente obsoleto y en pediatría se reserva para cuando haya contraindicaciones de la vacuna, inmunodeprimidos y lactantes menores de 6 meses (en viajes de alto riesgo).

### Vacuna frente a la rabia

El riesgo para los viajeros depende del contacto con mamíferos potencialmente rabiosos, siendo generalmente bajo. El 99 % de los casos de rabia es transmitido al ser humano por perros domésticos, pero otros mamíferos también pueden ser fuentes de infección (murciélagos, zorros, mapaches, mangostas). Los viajeros deben evitar el contacto con animales vagabundos o asilvestrados en áreas enzoóticas, especialmente los NNA, quienes tienen una atracción innata a interactuar con animales. La vacuna se recomienda a niños viajeros con estancia prolongada en zonas enzoóticas, en lugares aislados con acceso limitado a servicios de salud. La pauta recomendada por la OMS se ha simplificado a dos dosis, vía intramuscular o intradérmica (distinto volumen por dosis según la vía de administración), los días 0 y 7<sup>(25)</sup>. En inmunodeprimidos se recomienda una tercera dosis (día 21 o 28). No se recomienda en menores de un año, aunque podría usarse en casos muy seleccionados.

### Vacuna frente a dengue

El dengue es la arbovirosis más común en el mundo, con alta incidencia en el Sudeste Asiático y Latinoamérica. Actualmente, se encuentra disponible una vacuna de virus vivos que, en personas seronegativas, no muestra protección suficiente para los serotipos 3 y 4 (especialmente, en menores de 6 años)<sup>(26,27)</sup>. La decisión de vacunar o no a viajeros procedentes de Europa, debido a su baja tasa de seropositividad y el bajo

riesgo de dengue grave en seronegativos, es controvertida en destinos con circulación activa de serotipos 3 y 4, aunque en el momento en el que se redacta este artículo no se han descrito efectos adversos graves en seronegativos vacunados y expuestos a dichos serotipos en la naturaleza. Hay expertos que recomiendan en este contexto realizar cribado serológico antes de administrarla en aquellos viajeros con posibilidad de infección previa (claros beneficiarios de esta vacunación), aunque esto resulta poco operativo, recomendándose la vacunación, aunque sea con una sola dosis antes del viaje, asegurándose completar la pauta al regreso.

### Vacuna frente a tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo un desafío para la salud pública mundial debido a múltiples factores. La vacuna BCG es, por el momento, la única opción disponible para proteger a los menores de 5 años, sin embargo, esta vacuna no está generalmente disponible en España, salvo excepciones (País Vasco). Para viajeros, la BCG puede considerarse en personas no vacunadas previamente, menores de 2 años, tuberculín negativas según el destino y la naturaleza del viaje. En general, los turistas tienen un riesgo muy bajo de contraer tuberculosis durante un viaje, siendo mayor en cVFR. La vacuna no debe administrarse a personas ya vacunadas, que hayan pasado la enfermedad, con reacción cutánea superior a 5 mm a la tuberculina (o IGRA positivo), reacción anafiláctica a algún componente de la vacuna, seropositivos VIH, lactantes menores de un año hijos de madres que recibieron terapia biológica inmunosupresora durante el embarazo y quienes reciban o hayan recibido en los últimos 6 meses tratamientos que deterioren la inmunidad (quimioterapia,

radioterapia o terapia biológica). Dada la falta de disponibilidad de la BCG en España, estas recomendaciones se deben llevar a cabo en el destino, cuando sea necesario (viajes largos o traslados definitivos de domicilio).

### Consulta a la vuelta del viaje

**Si la consulta previa a un viaje internacional es importante, no deja de serlo la que debe hacerse a la vuelta.**

Una anamnesis y exploración física detalladas pueden detectar incidencias o problemas de salud a los que la familia pudiera no haberles dado importancia (episodios febriles sin foco, picaduras, exantemas autolimitados, exposición a fuentes de infección) y que podrían motivar la realización de pruebas complementarias o indicaciones específicas para viajes futuros. Un episodio febril con exantema en una zona endémica podría tratarse de un dengue, hecho que aumentaría las posibilidades de sufrir una forma grave de la enfermedad en caso de volver a infectarse (indicación de vacunación previa al viaje). Por otra parte, como ocurre con el mismo dengue o la hepatitis A, el intervalo entre dosis suele impedir completar la pauta antes de la partida y la consulta a la vuelta servirá para garantizar que esto se haga.

### Recomendaciones de inmunización en viajeros con enfermedades crónicas

**Si bien, la mayoría de las enfermedades crónicas no contraindican absolutamente un viaje internacional estándar, tanto el paciente como la familia deben ser conscientes de que la enfermedad de base puede representar un riesgo superior al de la mayoría de viajeros para adquirir determinadas enfermedades infecciosas.**

**Tabla V. Aspectos específicos relacionados con la inmunización de niños, niñas y adolescentes viajeros con enfermedades crónicas**

- Riesgos específicos de la enfermedad crónica o inmunodeficiencia
- Posibilidad de itinerario "de bajo riesgo" dentro del país de destino
- Nivel de control de la enfermedad de base (evaluar el grado de vulnerabilidad)
- Interacción entre medicación de base y la quimioprofilaxis indicada (preferible la doxiciclina en determinados casos para prevenir el paludismo) o vacunas
- Indicación de uso de inmunoglobulinas genéricas o específicas
- Pautas vacunales especiales (p. ej., meningococo en asplénicos)
- Existencia de una "ventana de seguridad" en enfermedades con inmunodepresión transitoria o vinculada a tratamientos
- Contraindicaciones específicas para vacunas vivas [cuestiones relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y emisión de un certificado de exención]

La gran mayoría de las recomendaciones para viajeros con enfermedades crónicas o inmunodeficiencias de cualquier tipo están basadas en riesgos teóricos más que en estudios científicos diseñados al efecto. Con el aumento de los viajes internacionales a destinos cada vez más lejanos e inhóspitos, no es infrecuente que en la consulta de pediatría de Atención Primaria recibamos a pacientes con enfermedades crónicas que demandan información y recomendaciones para viajar en las mismas condiciones que el resto de miembros de su familia.

En países de bajo o medio IDH, las infraestructuras sanitarias, el control de los alimentos de venta al público, el tratamiento de las excretas o la disponibilidad de medicamentos como los antibióticos es considerablemente inferior, en general, al nivel medio de cualquier país europeo como España. Esto debe tenerse en cuenta para adoptar las medidas preventivas necesarias antes de emprender el viaje, adquiriendo, en este caso, una importancia capital la obtención de un buen seguro de viaje<sup>(28)</sup>.

De forma esquemática, los aspectos a tener en cuenta a la hora de recomendar la inmunización (y resto de medidas preventivas) a viajeros con enfermedades crónicas se resumen en la tabla V.

## Función del pediatra de Atención Primaria

La infancia en movimiento tiene requerimientos específicos de vacunación. Dicha prevención se hace de una forma más efectiva desde las consultas de Atención Primaria, siempre que el profesional adquiera los conocimientos necesarios para ejecutarla correctamente.

Para que los NNA inmigrantes puedan acceder ágilmente a las inmunizaciones que los equiparen en nivel de protección a los de su cohorte nacida en España, se requiere de un esfuerzo extra por parte de los servicios sanitarios. Las consultas de pediatría y enfermería pediátrica de Atención Primaria son los puntos de máxima especialización en lo que se refiere a vacunación de población infantil extranjera, pues la realización de correcciones de calendario forma parte de la actividad diaria de los profesionales. La función del pediatra de Atención Primaria en este contexto implica facilitar al máximo el acceso a las inmunizaciones por parte de esta población, ayudando a superar las barreras administrativas

de acceso a las vacunas, optimizando los tiempos a la hora de administrar vacunas y promoviendo y coordinando campañas de vacunación a nivel comunitario en lugares como guetos o centros de menores.

En lo que se refiere a los viajeros internacionales, el pediatra de Atención Primaria y la enfermería pediátrica deben asegurar el principal pilar de la protección de estos NNA: tener al día el calendario de inmunizaciones sistemático. Además, según el nivel formativo del profesional, se puede facilitar la administración de vacunas fuera de norma según situación epidemiológica en destino, aplicar inmunizaciones conforme al RSI y cooperar con el CVI de referencia en lo que se refiere a garantizar un viaje seguro en lo que respecta a la protección frente a enfermedades inmunoprevenibles.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del presente manuscrito ni fuente de financiación.

## Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio del autor.

1. Fumadó Pérez V. Vacunación en niño inmigrante, refugiado, adoptado y niño viajero. *Pediatr Integral*. 2020; 8: 479.e1-e7. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-12/vacunacion-en-nino-inmigrante-refugiado-adoptado-y-nino-viajero/>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población - Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal 2021-2024. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
3. UNICEF. Notas metodológicas para todos los países: Revisión de la cobertura de inmunización 2024. Nueva York: UNICEF; 2025.
4. Deal A, Halliday R, Crawshaw AF, Hayward SE, Burnard A, Rustage K, et al. Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2021; 21: e397-e398.
5. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2025; 35: 407-22.
- 6.\*\* Noori T, van der Werf MJ, Derrough T, Duffell E, Pharris A, Suk J, et al. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018.
7. World Health Organization. Health of refugees and migrants: practices for addressing health needs. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Inmunizaciones de niños migrantes, refugiados y adoptados. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. Madrid: AEP; 2025.
9. American Academy of Pediatrics. Unknown or Uncertain Immunization Status. En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, editors. *Red Book: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 32nd ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2024. p. 1004-8.
10. World Health Organization. Evidence to recommendations: second dose of inactivated poliovirus vaccine (IPV). Geneva: World Health Organization; 2022.
11. World Health Organization. Hepatitis B. Geneva: World Health Organization; 2025.
12. World Health Organization. Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: World Health Organization; 2020.
13. Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis 2024-2028. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad; 2024.
14. National Health Service England. Diphtheria, tetanus, acellular pertussis, inactivated poliomyelitis, Haemophilus influenzae type b and hepatitis B vaccine (DTaP/IPV/Hib/HepB) Patient Group Direction (PGD). London: NHS England; 2025.
- 15.\*\* Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Guía rápida para vacunación fuera de norma en la infancia y adolescencia. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud; 2025.
16. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Calendario acelerado de vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad; 2023 (actualizado enero 2025).
17. Ministerio de Juventud e Infancia (España). Estadísticas de adopción internacional. Años 2019-2023. Madrid: Ministerio de Juventud e Infancia; 2024.
18. Organización Mundial del Turismo. Dashboard de datos turísticos internacionales 2023.
- 19.\*\* Weinberg M, Weinberg N, Maloney S. *Traveling Safely with Infants & Children*, in CDC Yellow Book 2024.
20. Silva JRN, Camacho LAB, Siqueira MM, Freire MS, Castro YP, Maia MLC, et al. Mutual interference on the immune response to yellow fever vaccine and a

- combined vaccine against measles, mumps and rubella. *Vaccine*. 2011; 29: 6327-34.
21. Staples JE, Gershman M, Fischer M. Yellow Fever Vaccine Booster Doses: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64: 647-50.
  22. Public Health England; Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI). Chapter 35: Yellow Fever. En: *Immunisation against infectious disease (The Green Book)*. London: Public Health England; 2024.
  23. Santé Publique. *Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2021 (à l'attention des professionnels de santé)*. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*; 2021.
  - 24.\*\* Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). *Inmunizaciones del niño viajero. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP*. Madrid: AEP; 2025.
  25. O'Brien KL, Nolan T; SAGE WG on Rabies. The WHO position on rabies immunization - 2018 updates. *Vaccine*. 2019; 37 Suppl 1: A85-A87.
  26. WHO. WHO position paper on dengue vaccines - May 2024. *Weekly Epidemiological Record*. 2024; 99: 203-24.
  27. Biswal S, Borja-Tabora C, Martínez Vargas L, Velásquez H, Theresa Alera M, Sierra V, et al.; TIDES study group. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in healthy children aged 4-16 years: a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2020; 395: 1423-33.
  28. Asociación Española de Médicos de Sanidad Exterior. *Recomendaciones a viajeros con enfermedades crónicas o inmunodepresión*. Disponible en: <https://amse.es/viajeros-con-enfermedades-cronicas/>.

### Bibliografía recomendada

- Noori T, van der Werf MJ, Derrough T, Duffell E, Pharris A, Suk J, et al. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018.

Este documento, del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), referencia a nivel europeo, proporciona una guía sobre el cribado y la vacunación de inmigrantes recién llegados en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE). Esta guía se basa en una serie de revisiones sistemáticas y las analiza con enfoque GRADE, definiendo recomendaciones adaptables a la realidad de cada país.

- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud

Pública. Guía rápida para vacunación fuera de norma en la infancia y adolescencia. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud; 2025.

Esta guía constituye un instrumento muy práctico que ayuda a profesionales de la Atención Primaria a regularizar rápidamente la situación vacunal de niños, niñas y adolescentes inmigrantes.

- Weinberg M, Weinberg N, Maloney S. *Traveling Safely with Infants & Children*, in CDC Yellow Book 2024.

Este capítulo del Yellow Book de los CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos) proporciona directrices para los profesionales de la salud sobre la preparación de niños para viajes internacionales, haciendo hincapié en la revisión y administración de vacunas. Se trata de un documento de referencia que además se actualiza de forma anual.

- Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). *Inmunizaciones del niño viajero. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP*. Madrid: AEP; 2025.

Este capítulo del Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP, recientemente actualizado, hace un recorrido pormenorizado por las vacunas aplicables a embarazadas, niños, niñas y adolescentes que emprenden un viaje internacional. Es un documento que se actualiza de forma continua siempre que se publican novedades importantes.

## Caso clínico

Mariema es una niña filiada como de 2 años por la Unidad de Extranjería de la Policía Nacional (no aporta documentación alguna), llegada en cayuco a la isla de El Hierro en compañía de su madre. Se encuentran viviendo en un centro de acogida del Programa de Atención Humanitaria del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y acuden a consulta para una primera valoración clínica.

**Antecedentes personales:** la madre procede de Malí, aunque la niña nació en Marruecos, país en el que vivió la madre en su tránsito hasta España durante 4 años. Embarazo parcialmente controlado y parto en hospital. Sin enfermedades relevantes ni ingresos hospitalarios hasta el momento. La madre asegura que la niña ha recibido las vacunas correspondientes a su edad en Marruecos, pero no aporta certificado.

**Exploración física:** muestra buen estado general; se aprecia la marca de la BCG en el deltoides izquierdo. En la exploración clínica general, no presenta alteraciones sugestivas de enfermedad ni signos de mutilación genital femenina. Sin embargo, aparenta, por talla y peso, una edad de unos 4-5 años. ¿Cómo deberíamos hacer el rescate vacunal en esta niña?



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



Aniversario

Pediatría Integral



# Questionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Vacunación de la infancia en movimiento: migrantes, viajeros y adoptados

41. ¿Cuál es el objetivo PRINCIPAL de los programas de vacunación en niños inmigrantes, refugiados y adoptados en España?
- Reducir el gasto sanitario asociado a enfermedades prevenibles.
  - Lograr una protección vacunal similar a la de la población infantil autóctona.
  - Evitar cualquier contacto con la población local para prevenir brotes.
  - Vacunar únicamente a los menores procedentes de países de bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH).
  - Priorizar la vacunación de adultos acompañantes antes que la de los menores.
42. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la serología sistemática en niños, niñas y adolescentes inmigrantes es CORRECTA?
- Siempre se realiza antes de cualquier vacunación.
  - No está indicada como medida sistemática, porque se ha demostrado ineficiente.
  - Sustituye completamente la administración de vacunas si los resultados son positivos.
  - Se recomienda únicamente para vacunas frente a poliomielitis.
  - Solo se realiza en niños adoptados procedentes de países de alto riesgo.
43. ¿Qué acción se considera FUNDAMENTAL para superar la barrera idiomática y cultural en los programas de vacunación para inmigrantes?
- Aplicar únicamente vacunas de forma acelerada.
  - Utilizar mediación intercultural y comunicación efectiva con la familia.
  - Vacunar solo a los niños mayores de 5 años.
  - Exigir documentación oficial antes de cualquier vacunación.
  - Priorizar la vacunación en centros urbanos sobre los rurales.
44. ¿Cuál es el grupo de niños especialmente VULNERABLE a enfermedades durante viajes internacionales a los países de origen de sus progenitores?
- Niños que viajan con excursiones escolares.
  - Niños nacidos en España hijos de inmigrantes que visitan a familiares y amigos (cVFR).
  - Niños adoptados internacionalmente.
  - Niños que viajan únicamente a destinos urbanos en Europa.
  - Niños que ya han recibido todas las vacunas del calendario rutinario.
45. ¿Cuánto TIEMPO antes de un viaje internacional se recomienda que un niño visite al pediatra para asegurar una protección vacunal adecuada?
- 1-2 semanas.
  - 2-3 semanas.
  - 4-6 semanas.
  - 2-3 meses.
  - No es necesario si tiene el calendario vacunal completo.

## Caso clínico

46. En el caso clínico, la niña presenta marca de BCG en el brazo. ¿Cuál de las siguientes respuestas te parece más CORRECTA?

- Tal y como dice su madre, está vacunada en Marruecos. Con ayuda del buscador de calendarios web de la OMS, le administraría las que le falten según edad.
- La presencia de la marca de BCG indica que esta niña, efectivamente, ha recibido vacunas antes de llegar a España.
- A pesar de la marca de la BCG, esta niña debe volver a recibir esta vacuna de forma precoz en España.
- Aunque es probable que haya recibido vacunas previamente, debemos reiniciar el calendario español acorde a su edad aparente (4-5 años).
- Las respuestas b y d son correctas.

47. En la analítica realizada en el cribado, esta niña presenta un valor de anti-HBs superior a 10 mUI/ml. ¿Cómo deberíamos actuar en lo que respecta a su REVACUNACIÓN?

- A pesar de este resultado serológico, se administrará igualmente un preparado hexavalente para actualizar su estado de inmunización.

- b. Se evitará la administración de vacuna frente a VHB usando preparados monocomponentes, como la de *Haemophilus influenzae* tipo b.
  - c. Son comunes los resultados falsamente positivos en la serología de VHB, por lo que la posibilidad de que este resultado sea correcto es baja.
  - d. Este resultado indica que esta niña no debe recibir la vacuna de VHA.
  - e. Todas las respuestas son falsas.
48. En lo que se refiere a la **PREVENCIÓN** frente a sarampión, la pauta vacunal a seguir en este caso será:
- a. Administrar dos dosis de vacuna triple vírica o tetravírica con una separación mínima de 4 semanas.
  - b. Ya que la edad que figura oficialmente es la de 2 años, solo le correspondería recibir una dosis de vacuna triple vírica o tetravírica.
  - c. La marca de la BCG nos confirma que esta niña ha recibido las vacunas hasta los 2 años, por lo que no necesitará una dosis de triple vírica o tetravírica hasta los 3-4 años según la región en la que nos encontremos.
  - d. La vacuna tetravírica en este contexto está contraindicada.
  - e. La vacunación debe orientarse según la serología de sarampión que debe solicitarse en estos casos dudosos.



Aniversario

## Pediatría Integral



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria



## Questionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".