

Vacunas y otras medidas preventivas

Protocolo de atención a los niños de familias inmigrantes

JUAN JOSÉ MORELL

Centro de Salud de Barcarrota. Badajoz.

Miembro del Grupo de Trabajo sobre Inmigración de SPAPex.

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Badajoz. España.

jjmorell@telefonica.net



Puntos clave

La inmigración es un problema emergente de nuestra realidad social. La característica multiétnica de esta población y los aspectos psicosociales determinan que los hábitos de vida y sus necesidades sociosanitarias sean diferentes, lo que condiciona nuestra práctica asistencial.

Todo niño procedente de adopción internacional debería ser valorado por un pediatra antes de una semana tras su llegada, así como cualquier hijo de familia inmigrante reciente, que lleve menos de un año en nuestro país,

El protocolo de actuación en las primeras visitas debe incluir una anamnesis y exploración física detallada, así como la realización de pruebas complementarias de

manera individualizada. Es importante valorar su situación vacunal y actualizarla según el calendario de vacunaciones vigente, con el objetivo del alcanzar cuanto antes el mismo grado de inmunizaciones que los demás niños de su entorno y edad.

Se debe incidir en las medidas educativas, sobre alimentación, higiene, cuidados generales y prevención de accidentes (con especial respeto a sus creencias), e integrar a estos niños en los controles habituales de niños sanos, medidas preventivas y actividades de promoción de la salud habituales.

Insistir en la escolarización como la mejor vía de integración social de los niños y jóvenes inmigrantes.

España se ha convertido en los últimos años en país receptor de inmigración económica¹. Garantizar la asistencia sanitaria a esta población, sin tener en cuenta su situación administrativa y de una forma integral, permite no sólo atender sus necesidades de salud y favorecer su integración social, sino también preservar la salud de la comunidad que los acoge². Los pediatras asistimos a un incremento de nuestras consultas con los hijos de inmigrantes, situación que la propia Administración percibe como un fenómeno de llegada masiva, pero nos vemos limitados por problemas de comunicación con la familia, por dificultades para su seguimiento y, sobre todo, por una formación deficitaria^{1,3}. La población inmigrante es un fenómeno emergente de nuestra realidad social y supone un nuevo reto para la pediatría.

Magnitud del problema

El término “niño inmigrante” engloba a todo niño procedente de otro país, en situación legal o irregular, refugiado y/o procedente de la adopción internacional⁴; sin olvidar a los que se desplazan para tratamiento médico, pasan una temporada en España (programa “Vacaciones en paz” de niños saharauis) o vienen en programas estatales⁵. Desde un punto de vista sociosanitario, lo son también los hijos de familias inmigrantes nacidos en nuestro país. Todo este grupo representa una parte de nuestra población infantil en continuo crecimiento. Según datos del Observatorio Permanente de la Inmigración, el número de residentes extranjeros en España es de 1.647.011, censados a 31 de diciembre de 2003⁶; de ellos, un 65% son inmigrantes procedentes de países de renta baja. Se estima que entre 200.000-300.000 personas más se encuentran en situación “irregular”, por lo que, a día de hoy, los inmigrantes económicos representan más del 3% del total de población en nuestro país⁷. De ellos, un 10-12% son menores de 16 años. Además, hay que añadir el número creciente de niños que proceden de la adopción internacional. La procedencia es muy variada, si bien se observan cambios significativos en los últimos años. A la clásica inmigración de países del Magreb y África subsahariana hay que añadir el aumento de inmigrantes procedentes de Latinoamérica y este de Europa (tabla 1)⁶.

Tabla 1. Inmigración económica en nuestro país. Países de origen⁶

África: Marruecos, Argelia y África subsahariana (Senegal, Gambia y Nigeria) Los marroquíes constituyen el colectivo inmigrante más numeroso
Latinoamérica: Ecuador, Colombia, Perú, República Dominicana y Cuba Destaca el incremento notable del flujo migratorio iberoamericano; hasta un 36,5% son familiares de españoles o de ciudadanos de la Unión Europea
Asia: fundamentalmente, República Popular China y Filipinas China es el principal país de procedencia de los niños de adopción internacional y aporta el 37,12% de la inmigración asiática
Este de Europa: Rumanía, Bulgaria y Rusia

Fuente: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración. Disponible en: <http://www.mir.es/dgei>

La característica multiétnica de esta población y los aspectos psicosociales determinan que los hábitos de vida y sus necesidades sociosanitarias sean diferentes, lo que condiciona nuestra práctica asistencial. Hay que profundizar no sólo en el conocimiento de nuevos o distintos problemas de salud, como algunas parasitosis de origen tropical, y otros emergentes, como la desnutrición o infecciones parcialmente controladas en nuestro país, sino también en el conocimiento de los aspectos sociales, culturales y antropológicos característicos de los distintos colectivos de inmigrantes que residen en nuestro entorno⁷⁻⁹. En la tabla 2 se describen las principales circunstancias que inciden en la atención sanitaria que prestamos a los niños de familias inmigrantes^{10,11}. Con respecto a las adopciones internacionales, China es el principal país de procedencia, seguido de países de América Latina, Rusia, Ucrania, Rumania e India. Es preciso tener en cuenta todas estas peculiaridades para elaborar protocolos o planes de actuación que nos ayuden a sistematizar y mejorar la atención a la salud de los niños y adolescentes de familias inmigrantes. En muchas ocasiones, estos protocolos deberán ser de ámbito local o regional, basados en los grupos poblacionales de inmigrantes predominantes y en sus condiciones sociosanitarias.

Tabla 2. Peculiaridades y barreras a la atención sanitaria de los niños de familias inmigrantes

Dificultades lingüísticas El idioma puede originar problemas de comunicación, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud y complica la asistencia
Modelos culturales distintos y desconocidos para nosotros Pueden modular la propia noción de salud y enfermedad, las preocupaciones sobre el cuidado de los hijos y hacer que se tengan unas expectativas sobre los servicios de salud distintas de las de nuestro entorno
Problemas de salud importados Pueden ser portadores de enfermedades no habituales en nuestro medio o no diagnosticadas o estar mal vacunados. Hay que considerar las posibles condiciones de vida en los países de origen (pobreza, nivel de estudios primarios, sistemas sanitarios muy precarios, etc.), aunque hay una gran heterogeneidad
Viven en circunstancias familiares y ecológicas adversas Precariedad laboral y dificultades económicas, marginalidad, inadaptación social y duelo, etc., que hacen que sean más susceptibles y estén más preocupados por la supervivencia del “día a día”
Dificultades para la continuidad de los cuidados Por movilidad geográfica, con frecuentes cambios de domicilio, condiciones laborales de los padres muy estrictas, desconocimiento e incomprensión del sistema sanitario, etc.
Los problemas de salud no son una prioridad para los inmigrantes Están más preocupados por el acceso a una vivienda y por regularizar su situación. Una de las principales barreras a la utilización de los servicios sanitarios es el miedo a que se descubra su situación irregular

Atención al niño inmigrante

La población inmigrante se considera un grupo sanitario de riesgo, si bien en muchos casos el estado de salud de los niños inmigrantes que llegan a nuestro país (especialmente los de origen sudamericano) es al menos igual que el de la población autóctona¹². No obstante, debemos tener en cuenta algunas circunstancias particulares:

1. La posibilidad de que sean portadores de enfermedades prevalentes en su lugar de procedencia, especialmente de

origen infeccioso, y otros problemas de salud (tabla 3)^{3,10,13}. En los países en vías de desarrollo la patología infecciosa es la primera causa de morbilidad y mortalidad infantiles. A su llegada a España, hasta en un 50% de los niños procedentes de adopción internacional se detecta algún problema de salud, que en el 60% de los casos son enfermedades infecciosas¹⁴.

Especial atención debemos prestar a enfermedades inmuno-prevenibles o parcialmente controladas en nuestro país, como la hepatitis B, el sarampión, la sífilis congénita, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la tuberculo-

Tabla 3. Morbilidad prevalente en niños inmigrantes y procedentes de adopción internacional según países de origen

Enfermedades infecciosas		Otras patologías
Frecuentes	Menos Frecuentes	
África Tuberculosis Hepatitis B (África subsahariana) Sífilis congénita Infección por el VIH Parasitosis intestinales Paludismo Filariasis	 Meningitis meningocócica Cólera, peste, fiebre tifoidea Fiebres virales hemorrágicas, lepra Esquistosomiasis, cisticercosis, leishmaniasis Hepatitis C Poliomielitis (África central)	 Malnutrición Raquitismo carencial, ferropenias Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías Déficit de lactasa Inmunizaciones incompletas
América (Centro y Sudamérica) Tuberculosis (Centroamérica, Caribe) Hepatitis A y B Parasitosis intestinal	 Cólera, infecciones intestinales, fiebres virales hemorrágicas, lepra Infección por el VIH y sífilis Paludismo (Centroamérica) Filariasis, leishmaniasis Enfermedad de Chagas Sarampión (Caribe)	 Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías, pubertad precoz en niñas
Europa (Europa Central y del Este) Tuberculosis Hepatitis A y B Sífilis congénita Infección por el VIH (Rumanía)	 Parasitosis intestinales Infecciones intestinales Hepatitis C y delta Tos ferina (Rusia)	 Malnutrición y fallo de medro Raquitismo carencial, ferropenia Retraso del desarrollo Déficit sensorial (visual o auditivo) Hipotiroidismo congénito Asma, intoxicación por plomo Secuelas posradiaciones incontroladas (Ucrania, sureste de Rusia) Inmunizaciones incompletas
Asia Hepatitis B (sureste asiático) Tuberculosis Parásitos intestinales Hepatitis A y C	 Infección por el VIH y sífilis Citomegalovirus Filariasis. Paludismo Infecciones intestinales Poliomielitis (Pakistán, India)	 Malnutrición y fallo de medro Raquitismo carencial, ferropenia Retraso del desarrollo Disfunción tiroidea Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías Déficit de lactasa Pubertad precoz en niñas Déficit sensorial (visual o auditivo) Asma Intoxicación por plomo (China) Inmunizaciones incompletas (China)

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

sis, así como a aquellas otras endémicas con las que quizá no se esté familiarizado y que pueden presentar dificultades diagnósticas, tales como la malaria, amebiasis y otras parasitosis intestinales, hemoglobinopatías, déficit de lactasa, etc.

Entre los niños adoptados en el extranjero e inmigrantes recién llegados se observa, además, una mayor incidencia de malnutrición, retraso en el crecimiento, trastornos del desarrollo, caries, dermatosis, anemias carenciales o problemas de conducta y del aprendizaje.

2. Las condiciones y prioridades sanitarias del país de origen, especialmente deficitarias en aspectos de prevención y promoción de la salud, como vacunas, alimentación o los cuidados perinatales⁴, aunque es cierto que la mayoría de los niños inmigrantes llegan en buenas condiciones de salud y con escasa patología o poco grave.

Las diferencias culturales (costumbres y creencias) y una atención sanitaria precaria y mal organizada pueden hacer que determinados problemas de salud se consideren normales o estén mal diagnosticados.

Debe comprobarse la situación vacunal de todo inmigrante que es atendido por primera vez en nuestro país. Asimismo, es muy importante considerar el riesgo de contraer enfermedades endémicas cuando los hijos de inmigrantes viajan a

su país de origen o de su familia, sea para pasar unos días de vacaciones o para estancias largas.

3. Por último, las condiciones sociosanitarias y familiares en las que viven en nuestro país, que dificultan el acceso a los servicios de salud y los hacen más susceptibles a determinadas patologías (incremento del número y gravedad de las infecciones propias de nuestro entorno, morbilidad perinatal, etc.). También se ha descrito una mayor incidencia de accidentes domésticos entre la población inmigrante^{3,10}.

Está demostrado que el uso de los sistemas de salud guarda una relación mayor con el nivel socioeconómico y el estado de salud que con el origen de la población¹⁵. Sin embargo, en el caso de los inmigrantes se añaden las barreras lingüísticas y de acceso a dichos sistemas, y frecuentemente acuden sin cita o a las unidades de urgencia para resolver problemas agudos, descuidando las actividades programadas, lo que, unido a su movilidad geográfica y a los cambios de domicilio, dificulta la provisión de un seguimiento y unos cuidados continuados.

En contraste, los niños procedentes de adopción internacional viven en familias bien estructuradas y en general muy preocupadas por la salud de su hijo, que colaboran mucho más con el pediatra y siguen todas sus recomendaciones en el terreno de la salud.

Tabla 4. Protocolo de actuación inicial en un niño inmigrante

Anamnesis	Exploración física
Edad y fecha de nacimiento Lugar de procedencia (país, zona, ambiente rural o urbano). Ruta migratoria Fecha de llegada a nuestro país Composición familiar y convivientes Control médico en su país Enfermedades previas y tratamiento Vacunaciones, incluida la vacuna de Calmette Antecedentes de transfusiones Alimentación Síntomas específicos de posibles enfermedades importadas Antecedentes familiares	Valoración del estado nutricional Somatometría (peso, talla, perímetro craneal) Piel: cicatriz de vacuna de Calmette; color, nódulos o erupción cutáneos. Dermatitis Linfadenopatías y visceromegalias Dentición/caries Valoración de agudeza visual y audición Desarrollo psicomotor Desarrollo puberal
Estudios complementarios. Aunque debe valorarse individualmente, en niños procedentes de adopción internacional y en inmigrantes recientes (menos de 1 año en nuestro país) puede considerarse un estudio básico	
Hemograma completo Perfil bioquímico: glucosa, urea, creatinina, transaminasas, gammaglutamiltranspeptidasa, calcio y fósforo, fosfatasa alcalina, proteínas totales, albúmina; sideremia y ferritina Estudio de parásitos en heces (3 muestras) Serología de hepatitis B Prueba de la tuberculina (Mantoux), incluso en niños que han recibido la vacuna de Calmette. Si es positiva: radiografía de tórax	
Según su procedencia y examen físico: Serología de hepatitis C, lúes y virus de la inmunodeficiencia humana Orina y sedimento Coprocultivo, si hay diarrea Cribado de metabolopatías en menores de 6 meses. Hormonas tiroideas Electroforesis de hemoglobina, si hay sospecha de hemoglobinopatías Plumbemia (niños adoptados procedentes de China o Rusia) Cribado de malaria	
Si un niño vuelve de una estancia superior a 2 semanas en su país de origen, se realizará un control médico con exploración física completa; y si ha estado en un ambiente rural, se solicitarán parásitos en heces a los 3 meses del retorno ¹¹ .	

Protocolo de actuación

Todo niño procedente de adopción internacional debería ser valorado por un pediatra antes de una semana tras su llegada^{13,16}, así como cualquier hijo de familia inmigrante reciente, que lleve menos de un año en nuestro país. El objetivo será evaluar su estado global de salud e iniciar las medidas encaminadas a conseguir la introducción de ese niño en el circuito de atención sanitaria, actividades preventivas y controles generales de salud, así como favorecer su integración social¹¹. La primera visita programada nos permitirá detectar y tratar tempranamente enfermedades infecciosas importadas y otras patologías prevalentes según su zona de procedencia; evaluar otros problemas que puedan necesitar derivación médica o seguimiento posterior, y revisar el estado de inmunizaciones del niño. Debe basarse en un protocolo de actuación que incluya: anamnesis y exploración física detallada y la realización de unas pruebas complementarias. A pesar de los problemas de comunicación con las familias inmigrantes o de la escueta información fiable que aportan los informes médicos que acompañan a los niños de adopción internacional, se debe intentar que la historia clínica sea lo más completa posible y prestar especial atención a determinados aspectos particulares (tabla 4)^{3,9-11,13}. Algunas patologías no esperadas pueden detectarse a través del examen físico, pero muchos problemas infecciosos no son evidentes a través de la historia clínica. Por este motivo, muchos autores consideran obligado un estudio analítico básico, que incluya: hemograma completo y perfil bioquímico, hierro y ferritina, serología frente a las hepatitis B y C, prueba de tuberculina y estudio de parásitos en heces. Según la procedencia y el examen físico, podrían realizarse además: sedimento urinario (esquistosomiasis), coprocultivo, serología para el virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis, cribado de metabolopatías en los menores de 6 meses, hormonas tiroideas, concentraciones de plomo en sangre o radiología de tórax cuando el resultado del Mantoux ha sido positivo. Sin embargo, la recomendación de pruebas complementarias no debe hacerse de forma general, sino después de una valoración individualizada. De igual forma, aunque algunos estudios proponen el tratamiento empírico inicial frente a parásitos intestinales en todo inmigrante procedente de zonas de alta prevalencia, no hay evidencias que permitan recomendar su utilización en niños asintomáticos^{10,17}. Por último, hay que tener en cuenta que la aceptación de un protocolo por parte de la población al que va dirigido es variable en función de sus creencias religiosas y características culturales, aunque en general suele ser buena¹¹.

Inmunizaciones

Es importante valorar la situación vacunal de todo niño inmigrante y actualizarla según el calendario de vacunaciones vigente, con el objetivo del alcanzar cuanto antes el mismo grado de inmunizaciones que los demás niños de su entorno y edad. Sin embargo, podemos encontrarnos ante diversas situaciones:

- Que no aporten el certificado de vacunaciones o presenten un calendario vacunal incompleto (falta de dosis, retraso en el intervalo recomendado entre dosis, etc.). En este caso, se deben iniciar o completar las vacunaciones según las pautas recomendadas para niños mal vacunados, teniendo en cuenta la edad y el número de dosis previas^{18,19}. En general, se adoptarán pautas aceleradas que permitan su rápida cumplimentación, se intentará aprovechar todas las oportunidades para vacunar y se considerará prioritario el conseguir el número mínimo de dosis necesarias para tener a un niño suficientemente inmunizado (tabla 5)¹⁰. En el caso de las vacunas que precisan varias dosis para alcanzar una respuesta inmunitaria suficiente (difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, hepatitis B o *Haemophilus influenzae* tipo b), su interrupción no requiere reiniciar la pauta vacunal, sino continuar desde la última dosis administrada¹⁸.
- Puede ocurrir que en la tarjeta de vacunaciones figure el nombre comercial de la vacuna y desconozcamos su composición. En este sentido, un trabajo reciente de González de Aledo²⁰ nos puede ayudar.
- Escasa fiabilidad de los certificados vacunales o de las condiciones sanitarias mínimas que garanticen una inmunización eficaz, sobre todo si son niños que proceden de áreas rurales, orfanatos y/o determinados países (China, Rusia y este de Europa)²¹. Siempre que se plantee duda sobre la eficacia de la vacunación previa se debe revacunar. No obstante, se pueden valorar las circunstancias y decidir entre realizar un estudio que determine la respuesta inmunitaria a las vacunas administradas o bien reiniciar la vacunación completa sin estudio serológico previo. No existe consenso preciso en este sentido^{14,16,21-23}.
- Debemos tener en cuenta los calendarios vacunales vigentes en cada país de origen²⁴. Aunque las inmunizaciones frente a la difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión están muy extendidas en todo el mundo, no ocurre así con el resto de la vacunas.

La vacuna frente a la hepatitis B no previene la transmisión vertical madre-hijo cuando se administra pasada la primera semana de vida, lo que es frecuente en niños adoptados y que

Tabla 5. Número de dosis mínimas recomendadas, según edad de comienzo, para considerar completa una pauta vacunal

Edad (años)	DTPa	VPO	HB	Hib	MenC	SRP
< 2	1-4	1-4	1-3	1-4	1-3	1
2-6	4-5	4-5	3	1	1	2
7-18	3	3	3	–	1	2
> 18	3 (TD/Td)	3 (VPI)	3	–	1	1

DTPa: difteria, tétanos y tos ferina “acelular”; VPO: antipoliomielítica; HB: hepatitis B; Hib: *Haemophilus influenzae*; MenC: meningitis C; SRP: sarampión, rubéola, paperas (triple viral).

proceden de zonas de alta endemicidad; por ello, se deben testar siempre los marcadores serológicos frente a la hepatitis B. Muchos niños inmigrantes vacunados contra el sarampión no lo están contra la rubéola ni la parotiditis. No hay pruebas de que la administración de triple viral a niños ya inmunes al sarampión (por vacunación o enfermedad previa) aumente el riesgo de efectos adversos graves, por lo que la revacunación debe plantearse siempre^{18,19}.

Generalmente, no estarán vacunados frente a *H. influenzae* tipo b, meningococo C, varicela, neumococo ni hepatitis A. Si pueden estarlo frente a la tuberculosis con vacuna de Calmette, lo que debemos tener en cuenta en la interpretación de la prueba de tuberculina.

Medidas preventivas y educación para la salud

Un aspecto importante, y cada vez más frecuente, que no podemos descuidar es la situación en la que los niños inmigrantes o hijos de familias inmigrantes regresan a su país de origen para quedarse allí o por estancias cortas, ya que en estas circunstancias: *a)* son más susceptibles a los patógenos y enfermedades de la zona²⁵, y *b)* debe evaluarse a todo niño inmigrante que regresa de una estancia mayor de 3 semanas y repetir el estudio de parásitos en heces si proceden de áreas rurales. Estos niños deben considerarse viajeros internacionales y seguir las recomendaciones generales de normas preventivas y vacunaciones apropiadas según la zona de destino y su situación vacunal; si es preciso, se adelantará la pauta de vacunaciones^{11,26}.

Todas las consultas deben aprovecharse para incidir en medidas educativas, sobre alimentación, higiene, cuidados generales y prevención de accidentes, así como para integrar al paciente en los controles habituales de niños sanos, medidas preventivas y actividades de promoción de la salud habituales. Es importante respetar las creencias y se puede ser comprensivo con determinados comportamientos, hábitos o costumbres no habituales en nuestro país siempre que no sean conductas perjudiciales para el niño ni su familia, pero también hay que velar por la salud, dignidad y no discriminación de la población infantil a nuestro cargo (ablación de clítoris entre niñas de algunos países musulmanes).

Se debe prestar especial atención a la prevención de hábitos desfavorables ya que, sumados a la situación de inmigrante y sus condiciones socioeconómicas, pueden tener efectos devastadores en la salud de los niños y, sobre todo, de los adolescentes¹².

Conviene preguntar siempre sobre la escolarización, que constituye la mejor vía de integración social de los niños y jóvenes inmigrantes.

Es necesario aumentar el número de pediatras y personal sanitario en algunas zonas de salud, promover una formación específica, atender a la familia y trabajar de manera coordina-

da e interdisciplinar con otros profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, traductores y mediadores culturales, etc.) para conseguir una atención integral y de calidad a los niños de familias inmigrantes.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001;15:320-6.
2. Vázquez J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuadernos de Gestión* 2002;8:54-60.
3. ●● Real B, Cortés O, Montón JL. Realidad del niño inmigrante en España [consultado 22/11/2003]. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante>
4. ● American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Services. Health care for children of immigrant families. *Pediatrics* 1997;100:153-6.
5. Gómez de Terreros I. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1999;51:622-4.
6. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración [consultado 15/12/2003]. Disponible en: <http://www.mir.es/dgei>
7. Jansá JM, Borrel C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades [comentario editorial]. *Aten Primaria* 2002;29:463-8.
8. Hedayat KM, Pirzadeh R. Issues in Islamic biomedical ethics: a primer for the pediatrician. *Pediatrics* 2001;108:965-71.
9. Orejón G, Fernández M, Grupo de Trabajo "Protocolo de Atención al niño de origen extranjero" del Área 11 de Atención Primaria, IMSALUD. Madrid. Atención al niño de origen extranjero. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5:115-42.
10. ● Hernández A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid) [consultado 3/12/2003]. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf>
11. Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona [consultado 22/11/2003]. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>
12. Pallás CR, De la Cruz J. Inmigración y salud infantil. Una perspectiva diferente. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5:9-16.
13. ● Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional [consultado 3/12/2003]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Adopcion.pdf>
14. American Academy of Pediatrics. Evaluación médica de enfermedades infecciosas en niños adoptados internacionalmente. En: Pickering LK, editor. 2000 Red Book (ed. esp. 2001): Report of the Committee on Infectious Diseases. 25.^a ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2001.
15. Stronks K, Ravelli ACJ, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:701-7.
16. ● Morell JJ. Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China [consultado 18/12/2003]. Disponible en: <http://www.spapex.org/spapex/chin.pdf>
17. Stauffer WM, Kamat D, Walker PF. Screening of international immigrants, refugees and adoptees. *Prim Care* 2002;29:879-905.
18. Comité Asesor de Vacunas, AEP. Manual de vacunas en Pediatría. Madrid: Ed. Latinoamericana, 2001.
19. ● Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas* 2001;2:110-7.
20. González de Aledo A. Vacunas extranjeras. *Acta Ped Esp* 2001;59:56-61.
21. Hostetter MK, Johnson DJ. Immunization status of adoptees from China, Russia and Eastern Europe. *Pediatr Res* 1998;43:147A.
22. Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunization status of internationally adopted children. *Pediatrics* 2001;108:1050-1.
23. Estrada B. Immunizations involved with international adoption and travel. *Infect Med* 2001;18(8 Suppl):FV15-FV21.
24. World Health Organization. Vaccines, immunization and biologicals [consultado 16/12/2003]. Disponible en: <http://www-t.who.int/vaccines/globalsummary/Immunization/CountryProfileSelect.cfm>
25. Keystone J. VFRs: recent immigrants returning "home" to visit friends and relatives. The Yellow book. Health information for international travel, 2003-2004. National Center for Infectious Diseases. Travellers' Health [consultado 16/12/2003]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/travel/vfr.htm>
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad Exterior y Veterinaria. Consejos para el viajero [consultado 18/12/2003]. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_sanidad_exterior.htm