



Atención integral del niño inmigrante

A. M. LORENTE GARCÍA-MAURIÑO

Pediatra. Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe (Madrid)

RESUMEN

Los niños inmigrantes constituyen una población infantil heterogénea y mayoritariamente sana. La atención a los menores extranjeros y nacionales en esencia va a ser la misma, y es fundamental su integración en los controles de salud del niño sano. Sin embargo, debemos estar bien informados y tener en consideración algunas características específicas variables según la etnia, el país de procedencia y las condiciones socioeconómicas y sanitarias previas y actuales.

EL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO

En los últimos años, un creciente y enriquecedor flujo de pacientes de diversas nacionalidades y culturas se ha incorporado a las consultas. La Academia Americana de Pediatría¹ define como niño inmigrante a todo niño procedente de otro país, con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional, sin olvidar al que se desplaza por cortos periodos de tiempo para tratamiento médico, de paso por el país o en programas estatales.

Datos demográficos

Desde el año 2000, España ostenta una de las mayores tasas de inmigración del mundo. En la última Revisión del Padrón Municipal 2008 del Instituto Nacional de Estadística², la población total en España era de 46.157.822 personas, e incluía 5.268.762 (11,41%) de nacionalidad extranjera. La población infantil era de 6.655.889 menores de 14 años, frente a 744.359 (11,18%) niños de nacionalidad extranjera (251.367 de 0-4 años, 237.508 de 5-9 años y 255.384 de 10-14 años).

Por continente de origen: Europa, 2.314.425 personas (2.102.654, el 91% de Unión Europea); América, 1.784.890 (33,87%) (América del Norte, 49.620; América Central y Caribe, 172.230, y América del Sur, 1.563.040); África, 909.757; Asia, 256.728; Oceanía, 2.405, y apátridas 557 (figura 1).

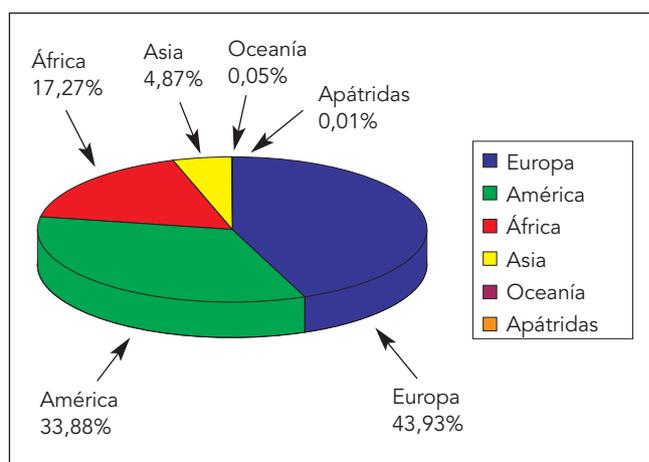


FIGURA 1. Inmigrantes en España por continente de nacionalidad. Basado en INE. Revisión Padrón Municipal 2008.

Por nacionalidad de procedencia, los países predominantes son Rumanía, Marruecos, Ecuador, Reino Unido, Colombia y Bolivia. Las comunidades con más inmigrantes son Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana.

Los niños adoptados internacionalmente proceden de Europa (43,92%), América (33,87%), África (17,26%), Asia (4,87%) y Oceanía (0,04%), apátridas (0,01%).

SECUENCIA DIAGNÓSTICA

Historia clínica

La entrevista clínica se debe realizar en un ambiente lo más acogedor posible, pues los extranjeros muchas veces pueden sentirse inseguros o recelosos, y hay barreras de idioma, lenguaje, cultura y diferentes hábitos sanitarios. Se recomienda solucionar el motivo de consulta y, si no se dispone de tiempo, citar para una visita programada posterior. Se aconseja ser resolutivo en las visitas espontáneas, pues algunas familias tienen jornadas extensas. Se dará informa-

ción del funcionamiento de la consulta, citas y acceso a los controles de salud. Si hay problema con el idioma, conviene recomendar que acudan con intérprete o se recurre a folletos en varios idiomas. Está disponible en algunos centros el programa interactivo «Universal Doctor Speaker». Se requiere tiempo y dedicación en la atención integral de los inmigrantes. El concepto de niño inmigrante se extiende a menores de características muy heterogéneas, con diferencias considerables por grupos de procedencia:

- Niños procedentes de países desarrollados, con padres profesionales o con buen nivel socioeconómico. Generalmente sólo nos enfrentamos a algunas barreras idiomáticas y culturales. Pueden tener problemas de adaptación.
- Niños de los países en vías de desarrollo, hijos de los «inmigrantes económicos»³, que vienen a España con la intención de mejorar sus precarias condiciones laborales y salir de la pobreza. Se indaga sobre el país de origen y condiciones sociales y económicas actuales, vivienda y escolaridad. Los padres de muchos de estos menores les preceden en la inmigración, inician la búsqueda de trabajo y ubicación y dejan a sus hijos al cargo de familiares en su país de origen. Los progenitores a veces entablan aquí nuevos vínculos de pareja y tienen nueva descendencia nacida en nuestro país. Al cabo de un tiempo variable, cuando su situación es más estable, se traen a los hijos de su país, lo que puede implicar readaptación. Otras veces, como consecuencia de las largas jornadas laborales paternas, los menores pasan solos mucho tiempo, con problemas de fracaso escolar, conductas de riesgo y potencial obesidad.
- Niños procedentes de la adopción internacional. Los adoptados procedentes de Europa del Este y de algún país asiático pueden haber vivido en las peores condiciones, institucionalizados, poco estimulados o maltratados. En general, su situación va a mejorar en la familia de acogida, a pesar de que algunos padres adoptivos pueden tener expectativas paternas no realistas o desarrollar conductas de sobreprotección⁴.

Antecedentes familiares

Nacionalidad de los padres, características familiares. Enfermedades hereditarias como las hemoglobinopatías y antecedentes de enfermedades transmisibles.

Antecedentes personales

- Lugar del nacimiento del niño, raza, ruta migratoria, tiempo de permanencia en nuestro país. Si ha nacido en España, datos previos. Muchos extranjeros tienen gran movilidad de domicilios, por lo que es importante el registro y traslado de datos entre centros.
- Control de embarazo, parto, antecedentes perinatales.
- Enfermedades previas, alimentación, estado nutricional, desarrollo psicomotor.
- Profilaxis antipalúdica, tratamientos parenterales.

Vacunaciones

Comprobaremos cartilla de inmunizaciones previas.

Aspectos sociales

Investigaremos tipo de familia (reconstituida, nuclear, ampliada, extensa), separaciones temporales o definitivas de algún miembro de la familia en el proceso migratorio, personas que conviven en el domicilio, número de personas por habitación, condiciones de salubridad, apoyos sociales y otros. Los servicios sociales y los centros municipales son importantes recursos en la problemática social^{5,6}.

Motivo de consulta

Suelen acudir por enfermedades infantiles comunes y enfermedades respiratorias o digestivas, sobre todo de causa infecciosa. Bajo muchas demandas se esconden problemas de integración y trastornos emocionales^{7,8}. Son más frecuentes los accidentes infantiles.

Exploración

Pediátrica habitual y de problemas potenciales⁹:

- Estado nutricional.
- Somatometría «relativa» con curvas de crecimiento; *catch-up* en adoptados.
- Piel y mucosas: palidez, ictericia, escara por bacilo de Calmette-Guérin (BCG), exantemas, lesiones de rascado, nódulos subcutáneos (oncocercomas).
- Adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia.
- Genitales: control de mutilación en niñas africanas, circuncisión, orquitis (filarias).
- Neurológicos y psicológicos: alteraciones del sistema nervioso central, depresión, ansiedad, datos sugerentes de maltrato, carencias emocionales, problemas de conducta. Desarrollo psicomotor: test Denver o Haizea-Llevant.
- Odontológica: la caries es problema que requiere mucha educación.
- Oftalmológica y auditiva.

Enfermedades frecuentes¹⁰

- Anemias hemolíticas: talasemia α , drepanocitosis en África, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.
- Deficiencia de lactasa: frecuente en América, África y sudeste de Asia. Enfermedades carenciales: retraso de crecimiento, malnutrición, anemias carenciales.
- Consanguinidad.
- Anomalías congénitas, síndrome alcohólico fetal, tumores, enfermedades endocrinas. La cronología de la pubertad puede variar con la etnia y en niños de adopción internacional^{11,12}.

Patología infecciosa^{13,14}

- **Tuberculosis (TBC).** Los síntomas clínicos en el inmigrante suelen desarrollarse en los 3-5 años de la llegada. La prueba de Mantoux está indicada a grupos con poco acceso a cuidados de salud, marginales e inmigrantes de países con endemia TBC (incidencia > 100/100.000 o > a su comunidad. Tasas > 1% a los 6 años): Asia, Oriente medio, África, Latinoamérica, Europa del Este¹⁵⁻¹⁷. Se considera positivo:
 - ≥ 5 mm en caso de contacto, clínica o radiografía sugestiva, inmunodepresión.
 - ≥ 10 mm con o sin BCG si se realiza de forma rutinaria.
- **Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).** Primera causa de muerte a nivel mundial por un agente infeccioso. Endémico en África subsahariana. En España, en los últimos años se ha detectado un incremento de casos en población extranjera. Se recomienda investigar en adoptados.
- **Virus de la hepatitis A (VHA).** Distribución universal, predomina en países tropicales. Se considera con incidencia media si hay 10-40 casos/100.000 habitantes e incidencia alta si hay 40-150 casos/100.000 habitantes. Los menores de 5 años suelen tener escasa sintomatología, pero son grandes transmisores¹⁸.
- **Virus de la hepatitis B (VHB).** Distribución universal. Hay prevalencia media si la presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) está entre 2-7 y alta si >8%. Riesgo mayor en África subsahariana.
- **Virus de la hepatitis C (VHC).** Distribución universal, afecta al 3% de la población mundial. Prevalencia alta en sudeste de Asia y África subsahariana y media en países como Rumanía.
- **Paludismo.** Causa estragos en la población mundial. La fiebre en un niño que viene de una zona palúdica debe considerarse secundaria a la malaria hasta que se pruebe otra cosa y ante la sospecha se le debe ingresar^{19,20}.
- **Parasitosis.** Destacamos por su frecuencia²¹:
 - Protozoos intestinales (amebas y *Giardia lamblia*).
 - Helmintos.
 - Nemátodos (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichura*, *Strongyloides stercoralis*, debe vigilarse en inmunodeprimidos), filarias, ancilostoma y necator americano.
 - Céstodos: *Hymenolephis nana*.
 - Tremátodos: esquistosomas (pueden causar problemas hasta años después).

MANEJO INICIAL

Pruebas complementarias

La indicación de petición de exploraciones complementarias a la población inmigrante constituye un tema muy controvertido. En los últimos años, la tendencia es individualizar cada caso y no dar normas generales. La mayoría de los ni-

ños inmigrantes son sanos y no precisan estudios especiales. Nos centraremos en los menores de poblaciones marginales que viven o han vivido en situaciones de carencia y en aquellos en riesgo de ciertas infecciones¹⁵.

- **Hemograma, sideremia y ferritina sérica:** si hay síntomas o signos carenciales y si hay riesgo de anemia. La determinación tiene valor predictivo positivo si la prevalencia es mayor del 10%. Implica mayor riesgo:
 - Un bajo nivel socioeconómico, alimentación incorrecta y lactancia materna exclusiva más allá de los 6 meses.
 - Procedencia de países con riesgo de anemias hereditarias e infecciones (África subsahariana).
- Si hay anemia, valoraremos etiología. En caso necesario se investigan hemoglobinopatías. El cribado neonatal de algunas comunidades autónomas incluye detección de drepanocitosis.
- **Eosinofilia:** puede reflejar una parasitosis.
 - **Bioquímica básica.**
 - **Sedimento de orina.**
 - **Serologías VHB, VHC, VIH, según riesgo:** consultar mapas con la distribución mundial de enfermedades infec-

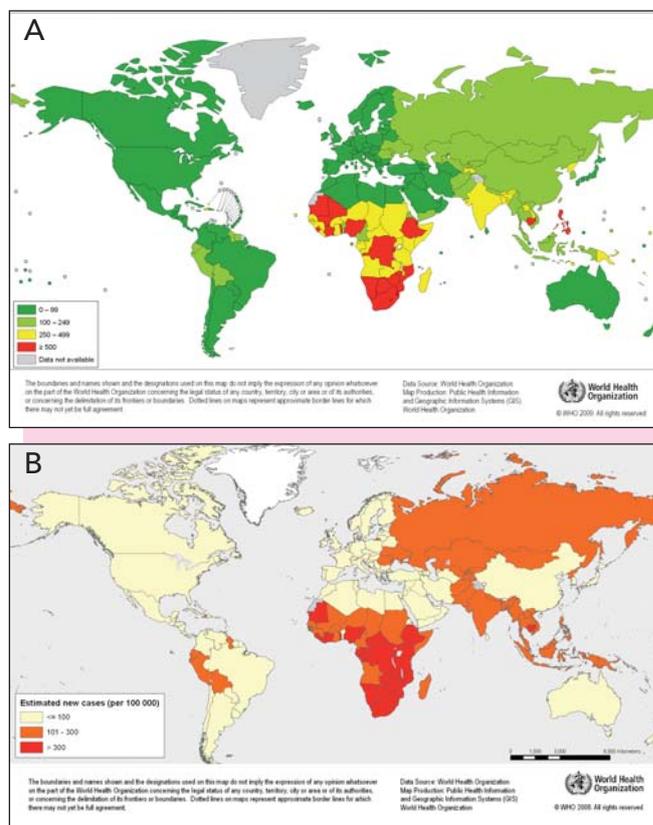


FIGURA 2. A) Prevalencia estimada TBC. ©WHO, 2007. Disponible en http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_MDG6_TBprevalence_2007.png.

B) Nuevos casos estimados TBC. ©WHO, 2006. Disponible en http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Estimated_TB_ITHRiskMap.png.

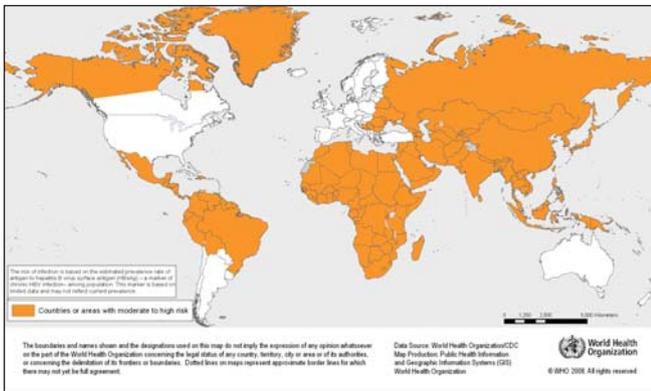


FIGURA 3. Áreas de riesgo de hepatitis A. ©WHO.
 Disponible en http://gamapservr.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepA_ITHRiskMap.png.

ciosas (seleccionamos algunos mapas en **figuras 2 a 6**). Serología completa de VHB si existen dudas sobre su vacunación o niños de riesgo de transmisión vertical no vacunados en el período neonatal (pues algunos países aplican vacunación tardía de VHB). En adoptados, se recomienda serología de hepatitis B, lúes, VIH, además, serología de hepatitis C a los procedentes de Europa oriental, China y sudeste de Asia.

- **Mantoux:** si hay una alta prevalencia tuberculosa en país de origen.
- **Parásitos en heces:** tres muestras de días alternos en recién llegados en el último año de zonas de alto riesgo: África, Sudamérica y sudeste de Asia; en condiciones de hacinamiento, eosinofilia o asma.
- **Parásitos en orina:** si hay hematuria o leucocituria (zonas de esquistosomiasis).
- **Screening de metabolopatías** en lactantes; tirotrópina (TSH) en menores de 2 años y en menores de 5 años de China o zonas endémicas.
- **Pruebas específicas:** centros como el Instituto Carlos III estudian infecciones tropicales y patología importada y reciben a niños procedentes de la adopción internacional. El diagnóstico de algunos parásitos requiere estudios específicos en heces, orina y serologías.

Vacunación

- **Vacunas previas:** solicitaremos el registro de vacunas. Los latinoamericanos suelen tener sus «cartillas de vacunas» en orden. Algunos no aportan ninguna documentación o la tienen que pedir a sus lugares de origen. Si refieren vacunación anterior pero no aportan registros, podemos consultar la página de la OMS con los calendarios de inmunizaciones por países²² (sólo calendarios recientes). Si no hay información disponible o es poco fiable, se puede realizar, siempre que sea posible, estudio serológico y según situación de seroprotección se administran las vacunas que correspondan.

- **Vacunaciones mundiales:** globalmente se administran 3 dosis de DPT y 3 de polio, muy frecuente BCG (revisar cicatriz); el sarampión suele administrarse a nivel mundial, pero a veces antes de los 12 meses; variable frente a rubéola, parotiditis, hepatitis B y hepatitis A. La vacunación frente a VHB a veces se administra tardíamente a los recién nacidos hijos de portadoras de HBsAg y la protección puede ser incompleta. El mantenimiento de la cadena del frío en las zonas rurales puede ser inadecuado. Se han descrito falsificaciones de los registros en adopción internacional.
- **Actualización de vacunas en España:** siempre que aporten registros, se puede intentar actualización de vacunas en la primera visita. El papel de la enfermería pediátrica en este punto es fundamental. Actualmente en España podemos inmunizar prácticamente a todos los niños inmigrantes en la primera visita de la vacuna de meningococo C conjugada, pues sólo unos pocos países la están dispensando de momento; cuando tengamos datos disponibles, revisamos el resto. Salvo excepciones, aplicamos el principio de «vacuna puesta, vacuna válida». Generalmente es suficiente alguna corrección. Si no podemos asegurar ninguna inmunización previa, vacunamos de todo lo que les corresponda por edad. Existen calendarios acelerados. Se puede consultar sobre número mínimo de dosis requeridas para considerar una vacunación correcta²³⁻²⁵.

Medidas preventivas en viajeros

Con el incremento de oportunidades para viajar, las familias consultan antes del viaje la necesidad de medidas específicas y consejos según el país a visitar. Asimismo, ha crecido el número de niños hijos de familias inmigrantes que visitan su país de origen. Las siglas VFR (*Visiting Friends and Relatives*)²⁶ se emplean para los inmigrantes que regresan a su país de origen y su descendencia. A diferencia de sus pa-

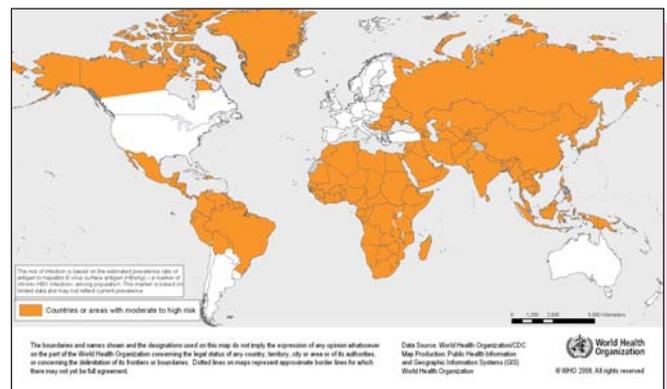


FIGURA 4. Áreas de riesgo de hepatitis B. ©WHO.
 Disponible en http://gamapservr.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepB_ITHRiskMap.png.

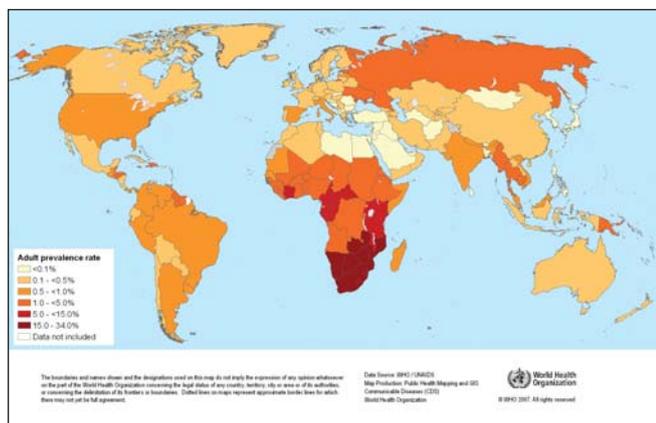


FIGURA 5. Prevalencia estimada de HIV. WHO, 2006.

Disponible en <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIVPrevalenceGlobal2006.png>.

dres, estos niños no suelen tener inmunidad frente a las enfermedades infecciosas del país de procedencia, pueden desarrollar cuadros graves y además ser transmisores de la infección a su regreso.

Unos dos meses antes de emprender un viaje internacional se aconseja visitar la página web del Ministerio de Sanidad²⁷, seguir recomendaciones de los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)²⁸ americanos y OMS²⁹, con amplia información sobre las medidas a adoptar según país de destino, tipo de estancia y duración.

- **Consejos generales:** imprescindible seguir las medidas higiénico-dietéticas relacionadas con ingesta de agua y alimentos, así como exposición a vectores como el sol y otros.
- **Vacunas:** actualización prioritaria de vacunas comunes del calendario. Si hay riesgo, adelantar triple vírica a lactantes de 6-12 meses, repitiendo dosis pasado el año. Algunas vacunas recomendadas en viajes se pueden administrar en centros de salud (hepatitis A), pero otras como fiebre amarilla, encefalitis centroeuropea, meningococo ACYV en los centros locales de vacunación internacional.

Puntos destacables en la profilaxis de infecciones específicas

- **Fiebre tifoidea:** la principal prevención es la higiénico-dietética. Vacunación indicada a viajeros menores de 2 años que van a zonas endémicas; altamente recomendada en viajes al subcontinente indio, Oriente Medio y sur de África. Hay dos vacunas: oral viva atenuada (>6 años) y polisacárido capsular inactivada IM (>2 años). Eficacia de ambas de 50-70%. No protegen de *S. paratyphi*.
- **Hepatitis B:** los CDC americanos indican vacuna VHB en desplazamientos a áreas con niveles de intermedios a altos de endemia VHB. En España se incluye en la inmunización infantil de todas las comunidades.

- **Hepatitis A:** una de las infecciones más frecuentes que se pueden contraer en viajes internacionales. El riesgo aumenta en países con endemia y con condiciones insalubres. Recomendada su vacuna en viajes por cualquier motivo a países con alta o intermedia endemia de infección VHA, incluidos hijos de inmigrantes cuando visitan su país.
- **Tuberculosis:** valorar la vacunación de BCG a lactantes y niños PPD (-) que se desplacen para residir en países de alta endemia, como África subsahariana.
- **Paludismo:** la OMS recomienda no llevar a niños pequeños a zonas de malaria, en especial zonas de *P. falciparum* resistente a cloroquina, por riesgo de malaria grave y, si es inevitable, deberán ir bien protegidos. Existen investigaciones prometedoras sobre la fabricación de una vacuna eficaz frente a la malaria. Recomendamos consultar en centro especializado si existe riesgo.
- **Profilaxis antimosquitos:**

- **Medidas barrera:** cubrir zonas expuestas con ropa, sobre todo desde el anochecer al amanecer, no usar perfumes, utilizar mosquiteras.
- **Repelentes de mosquitos:** DEET (dietiltoluamida) al 17-40% (>2 meses), Bayrepel (picaridina) al 10-20%.
- **Insecticidas:** permetrina en spray al 0,5% para impregnar ropa y solución al 13,3% para sumergir ropa (mosquiteras).
- **Quimioprofilaxis:** cloroquina en zonas sensibles a la misma. En zonas resistentes a cloroquina se optará por mefloquina, doxicilina (>8 años), proguanil, atovacuana-proguanil.
- **Fiebre amarilla:** varios países exigen su vacunación y el certificado internacional.
- **Diarrea del viajero:** imprescindibles la higiene en la prevención de este trastorno frecuente. Precisa tratamiento sintomático y en ocasiones antibióticos.

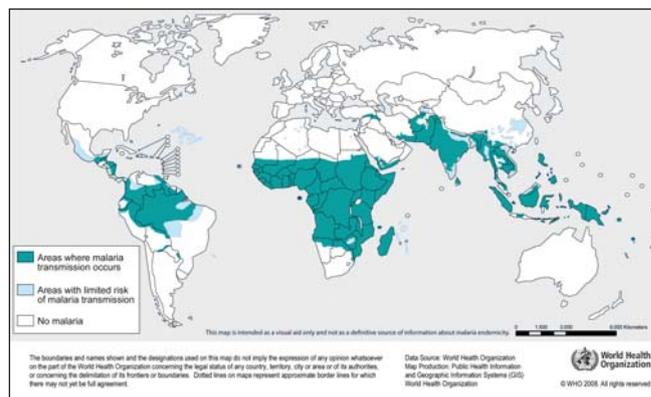


FIGURA 6. Riesgo de transmisión de malaria. ©WHO, 2008.

Disponible en http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Malaria_IthRiskMap.JPG.

CUADERNO DEL PEDIATRA

- ✓ Los niños inmigrantes constituyen un grupo numeroso de pacientes en las consultas de pediatría de los centros de atención primaria. La atención está integrada en el Sistema Nacional de Salud y es esencialmente la misma que la de los niños nacionales. La única medida específica es la valoración de potenciales situaciones de riesgo que pueden requerir una intervención o derivación.
- ✓ La consulta del menor inmigrante requiere dedicación y conocimiento actualizado. Las condiciones de los países van cambiando con el tiempo y el nivel de desarrollo. Por este motivo, el riesgo de determinadas patologías puede aumentar o disminuir.
- ✓ Afortunadamente, disponemos de excelentes herramientas de información electrónica con actualizaciones periódicas. A estas fuentes podemos recurrir para revisar la frecuencia de patologías en zonas determinadas, los calendarios de inmunizaciones mundiales del momento y para decidir la conveniencia de investigaciones o tratamientos en colectivos determinados.
- ✓ Sin embargo, las situaciones no son generalizadas y, como siempre, tenemos que individualizar los problemas y necesidades de cada paciente, sin que sea necesario hacer pruebas complementarias de manera rutinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Services. Health care for children of immigrant families. *Pediatrics* 1997;100(1):153-56. Disponible en: <http://www.aap.org/policy/970702.html>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón Municipal 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
3. Cots Reguant. «El "inmigrante económico": ¿se caracteriza más por inmigrante o por económico?» (revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, n.º 3, 2009. Disponible en: <http://94.229.161.108/BCP/>.
4. Alberola López, et al. Consenso en adopción internacional. Guía breve para pediatras y otros profesionales sanitarios. Valladolid: CORA, 2008. Documento completo disponible en: www.coraenlared.org.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Research Race/Ethnicity, Gender, Socio-economic Status. Research Exploring their Effects on child health: A subject review. *Pediatrics* 2000;105:1349-51.
6. García-Algar O, et al. Hábitos alimentarios de niños menores de 2 años según el origen étnico de los progenitores en un área urbana de Barcelona. *An Pediatr (Barc)* 2009;70:265-70.
7. Berra S, et al. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Biblioteca Cochrane Plus, n.º 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID>.
8. Gushulak BD, Mac Pherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Themes Epidemiol* 2006;3:3.
9. Alonso A, et al. Guía de atención al inmigrante, 1.ª ed. Madrid: Ergon, 2003.
10. Poch J, Montesdeoca A, et al. Valoración del niño inmigrante. *An Sist Sanit Navar* 2006;29:35-47.
11. Community Paediatrics Committee. Canadian Paediatrics Society (CPS). Transracial adoption. *Paediatr Child Health* 2006;11:443-7. Disponible en: <http://www.cps.ca/english/statements/CP/cp06-01.htm>
12. Oliván Gonzalvo G. Guías clínicas 2003;3:1-9. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.asp>.
13. Fariás Huanqui P, et al. Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante, 3.ª ed. Madrid: Jarpoy Editores, 2003.
14. Hueriga Aramburu H, López-Vélez R. Estudio comparativo de la patología infecciosa en niños inmigrantes de distintas procedencias. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:16-21.
15. Méndez Echevarría A, et al. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP. *Infectología. Tuberculosis* 2008;12:97-05. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/12.pdf>.
16. Brassard P, et al. Evaluation of a school-based tuberculosis-screening program an associate investigation targeting recently immigrated children in a low-burden country. *Pediatrics* 2006; 117:148-56.
17. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de tuberculina en niños. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:582-85.
18. Askling HH, et al. Hepatitis A Risk in Travelers. *Journal of Travel Medicine* 2009;16:233-38.
19. Guía_abe, disponible en: http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm.
20. López Hortelano M, et al. Protocolos diagnosticoterapéuticos de la AEP. *Infectología. Patología infecciosa importada I. Malaria* 2008;21:202-10.
21. Medina Claros AF, et al. Protocolos diagnosticoterapéuticos de la AEP. *Infectología. Parasitosis intestinales* 2008;9:74-83.
22. WHO. Vaccine Preventable Diseases Monitoring System Immunization schedules by antigen, selection centre. Last update: august 2009. Disponible en: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm.
23. Manual de vacunas en pediatría 2008. Comité asesor de vacunas de la AEP, 4.ª ed. española, 2008.
24. Portal sobre las vacunas de Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.vacunasae.org/>.
25. Asociación de Pediatría Española de Atención Primaria. Vacunas. Disponible en: <http://www.aepap.org/vacunas/index.htm>.
26. Angell SY, Behrens RH. Risk assessment and disease prevention in traveller visiting friends and relatives. *Infect Dis Clin North Am* 2005;19:49-65.
27. Página del Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud Pública. Sanidad Exterior. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm>.
28. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Health Information for International Travel. Yellow Book 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/travel>. 24<http://www.who.int/ith/en/>.
29. WHO. Health Topics. Disponible en: <http://www.who.int/topics/en/>.

Lecturas recomendadas

- Manual de vacunas en pediatría. Comité asesor de vacunas de la AEP, 4.ª ed. española, 2008. Libro de consulta indispensable en la práctica pediátrica.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Health Information for International Travel. Yellow Book 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/travel>. 24<http://www.who.int/ith/en/>. Revisión actualizada sobre la situación de las enfermedades infecciosas a nivel mundial.