

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A MENORES MIGRANTES (INFANCIA EN MOVIMIENTO)

Versión Reducida





## VERSIÓN REDUCIDA

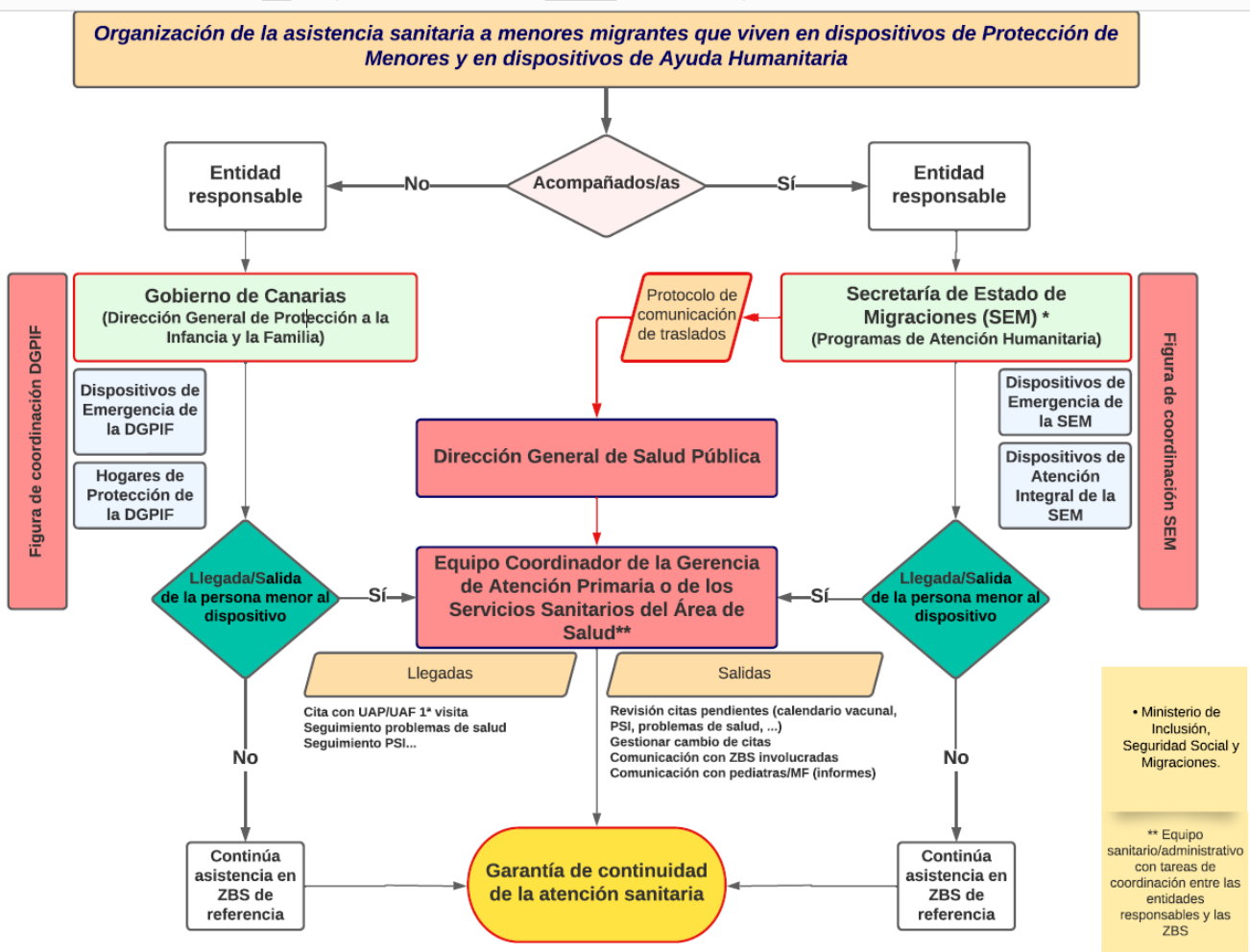
### Resumen de la actuación a seguir en menores migrantes de cualquier procedencia.

Partiendo de que: "El acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona".

La organización de la atención sanitaria diferirá según sea la situación de las personas menores a su llegada:

**Menores que viven en el domicilio familiar a cargo de sus familias:** la captación de este colectivo y el circuito de entrada al sistema sanitario será mediante **captación oportunista**.

**Menores que viven en dispositivos de Protección de Menores y dispositivos de Ayuda Humanitaria.** La captación de este colectivo y el circuito de entrada al sistema sanitario será mediante **captación activa**, a través de la coordinación con las entidades y dispositivos responsables de la atención a menores.





Para todas ellas existen diferentes modalidades de consulta dependiendo de las necesidades: **urgente, demanda o programada.**

La recomendación de asistencia dentro del Programa de Salud Infantil (PSI) en consulta como intervalos máximos, siempre y cuando puedan ser captados, según grupo de edad, serían:

- Menores de 6 años, antes del primer mes tras su llegada.
- Edad comprendida entre 6-18 años: antes de 3 meses tras su llegada.

Para el registro de la información en menores **entre 15 y 17 años** (que es la mayor proporción de menores que llega) hasta que se defina la visita para esta franja de edad (entre PSI y Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, PAPPS) usar en su defecto la **revisión de 12-14 años del PSI.**

## VISITA DE ACOGIDA

---

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (PFS)

Para ampliar esta información y consultar preguntas de ejemplo para la valoración por PFS consultar el protocolo completo. Seguir las mismas recomendaciones del PSI con algunas especificaciones en algunos de ellos:

#### Patrones funcionales.

<b>PATRÓN 1:</b> PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reconocer que el concepto salud y enfermedad difiere entre culturas y saber cómo percibe el/la menor (o sus cuidadores) su salud y qué creencias relacionadas con la salud poseen.</li><li>- Evaluar las prácticas preventivas que realiza el/la menor (o sus cuidadores), evaluar autocuidados, higiene y prevención de accidentes en menores.</li></ul>
<b>PATRÓN 2:</b> NUTRICIONAL –METABÓLICO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar gustos y tradiciones en país de origen para poder adaptar nuestras recomendaciones.</li><li>- Registrar y valorar los primeros datos de somatometría.</li></ul>
<b>PATRÓN 3:</b> ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colaborar en la detección precoz de signos y síntomas de alerta de Mutilación Genital Femenina (MGF): dolor/heridas/hemorragia en zona genital, infecciones de repetición, retención de orina/menstruación, etc.</li><li>- Valorar patrón de eliminación.</li></ul>
<b>PATRÓN 5:</b> SUEÑO Y DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Detectar precozmente insomnio, ya que en el proceso migratorio es muy frecuente y fomentar la higiene del sueño.</li></ul>
<b>PATRÓN 7:</b> AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar la autoestima y el autoconcepto teniendo en cuenta que debido al estatus socioeconómico y la diversidad cultural puede existir riesgo de exclusión y baja autoestima.</li></ul>
<b>PATRÓN 8:</b> ROL Y RELACIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explorar la historia de vida del/la menor.</li><li>- Explorar las relaciones de amistad o potenciales relaciones.</li><li>- Explorar indicadores de maltrato tanto en su lugar de origen como en destino.</li></ul>
<b>PATRÓN 9:</b> SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar signos de desarrollo puberal tanto en hombres como en mujeres.</li><li>- Explicar y normalizar tanto la menstruación como el flujo vaginal y descartar que las niñas utilicen métodos lesivos para “secar” la vagina.</li></ul>
<b>PATRÓN 10:</b> ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar la adaptación del/la menor a su nueva situación y cultura.</li></ul>
<b>PATRÓN 11:</b> VALORES Y CREENCIAS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conocer la religión y la cultura de los/las menores es primordial a la hora de realizar una buena valoración y unos cuidados transculturales.</li></ul>



## ANAMNESIS

Tabla 2

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades hereditarias.</li> <li>- Consanguinidad de progenitores.</li> <li>- Hemoglobinopatías.</li> <li>- Déficits enzimáticos (lactasa, glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa).</li> <li>- Enfermedades infecciosas (VIH, tuberculosis (TB), hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), sífilis).</li> <li>- Mutilación genital femenina en madres o hermanas.</li> </ul>
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del embarazo (posibilidad de transmisión vertical de infecciones de elevada prevalencia en las zonas de origen: VHB, VIH, sífilis, paludismo, TB, etc.</li> <li>- Enfermedades previas y tratamientos recibidos.</li> <li>- Ingresos hospitalarios /intervenciones quirúrgicas.</li> <li>- Administración de medicación intramuscular y transfusiones de hemoderivados.</li> <li>- Alergias.</li> <li>- Valoración del estado vacunal (<a href="#">Anexo 2</a>)</li> </ul>
<b>HISTORIA ACTUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad y filiación: nombre, edad, procedencia (país y región, zona rural o urbana), fecha de llegada a España y viajes recientes a su lugar de origen. (Verificar si han sido realizadas las visitas iniciales de cribado en otro centro).</li> <li>- Identidad cultural: etnia, religión y lengua materna.</li> <li>- Conocimiento del idioma del país de llegada. Idiomas que habla.</li> <li>- Nivel de escolarización.</li> <li>- Ruta migratoria y condiciones del viaje.</li> <li>- Apoyos familiares/sociales (composición del núcleo familiar).</li> <li>- Situación jurídico-administrativa.</li> <li>- Condiciones de vida en nuestro país: lugar de residencia, convivientes, condiciones de habitabilidad de la vivienda, convivencia con animales, con tosedores crónicos o con inmunodeprimidos.</li> <li>- Tratamientos específicos, con o sin prescripción médica (como antiparasitarios y fecha de administración más reciente), o toma de hierbas medicinales.</li> <li>- Anamnesis por órganos y aparatos incidiendo en la existencia de: fiebre intermitente, síntomas respiratorios, dolor abdominal, diarrea, prurito, exantemas y hematuria.</li> <li>- En el caso de ser mujer, fecha de última regla (FUR) y menarquia, así como ciclos regulares o irregulares. Facilitar la interconsulta de la menor con la matrona si es preciso.</li> <li>- <b>Exploración del duelo migratorio y la salud mental:</b> motivo de la migración, voluntad de migrar, expectativas de la migración, esfuerzo requerido, nivel de integración social actual. Cuanto más preparado y consistente sea el proyecto migratorio, más fácil resultará posteriormente la elaboración del duelo (<a href="#">Anexo 3</a>)</li> </ul>

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Tabla 3

<b>Estado nutricional</b>		
<b>Desarrollo ponderoestatural</b>	Peso, talla, IMC y perímetro cefálico en < 2 años usando tablas de la OMS. <a href="https://www.who.int/tools/child-growth-standards">https://www.who.int/tools/child-growth-standards</a>	Comprobar catch-up  Velocidad de crecimiento
<b>Piel, ojos, mucosas y anejos</b>	Palidez.	Anemias.
	Ictericia.	Hepatopatías.
	Cicatrices.	Traumáticas o por vacuna BCG (deltoides, antebrazo parte ventral, raramente muslo o glúteo).



	Lesiones de rascado.	Micosis, escabiosis, pediculosis, oncocercosis, eczemas, picaduras.
	Nódulos subcutáneos profundos	Oncocercosis, forúnculos, miasis, lepra, leishmaniosis, eritema nodoso (lepra, TB), cisticercosis, sarcoma de Kaposi.
	Lesiones ulceradas/anestésicas	Leishmaniosis cutánea, lepra, diabetes, TB, úlcera tropical, úlcera de Buruli, neoplasias, micosis.
	Máculas hipopigmentadas.	Pitiriasis versicolor, lepra (lesiones hipo-anestésicas), vitíligo, oncocercosis.
	Máculas hiperpigmentadas.	Lepra, oncocercosis, melasma, sarcoma de Kaposi.
	Pelo escaso y sin brillo.	Malnutrición.
	Alteraciones en las uñas.	Onicomycosis y/o traumatismos.
<b>Cabeza y cuello</b>	Macrocefalia.	Toxoplasmosis, hipotiroidismo.
	Microcefalia.	Rubeola, toxoplasmosis, sífilis, zika.
	Trastornos en orofaringe.	Maloclusión dentaria, caries, fluorosis, muguet.
	Adenopatías.	TB ganglionar, adenopatías posterocervicales (signo Winterbottom) en la tripanosomosis, primoinfección VIH, linfoma.
	Bocio.	Hiper o hipotiroidismo.
<b>Bucodental</b>	Caries.	
<b>Auditiva y Oftalmológica</b>		Previn menores de 5 años y E Snellen a partir de los 6 años.
<b>Tórax</b>	Soplos cardíacos.	Cardiopatía estructural, anemias (paludismo, hemoglobinopatías).
	Ruidos respiratorios patológicos.	Bronquitis, neumonía, TB, asma atípico (geohelminiasis, esquistosomosis).
<b>Abdomen</b>	Hepato-esplenomegalia.	Paludismo, hepatitis virales crónicas, absceso hepático, cirrosis, esquistosomosis, fiebre tifoidea, leishmaniosis visceral, quiste hidatídico, neoplasia, anemias.
	Dolor abdominal.	Tener en cuenta las parasitosis intestinales, entre otras causas.
	Hernias , cicatrices.	
<b>Genitales</b>	Desarrollo puberal.	Test de Embarazo si la chica refiere antecedentes de relaciones sexuales.
	Criptorquidia.	
	Circuncisión.	
	Mutilación genital femenina.	Grados según la OMS ( <a href="#">Anexo 4</a> )
	Úlceras.	ITS.
<b>Extremidades</b>	Pulsos periféricos en MMSS y MMII.	
	Linfedema en MMII.	Filariosis.
<b>Exploración neurológica</b>	Básica.	Neurocisticercosis, intoxicación por Pb...
	Desarrollo psicomotor.	
<b>Alteraciones psicológicas</b>		
<b>Indicadores de maltrato</b>		



## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la infancia en movimiento se recomienda la realización de un cribado estándar ([Apartado A](#)) independientemente de la procedencia, que se complementará con otras pruebas según su riesgo individual ([Apartado B](#) y [Anexo 5](#)).

### A.- CRIBADO ESTÁNDAR.

**Tabla 4**

CRIBADO ESTÁNDAR (independientemente de la procedencia)	
Hemograma.	Recuento y fórmula.
Bioquímica básica.	Glucosa, creatinina, ALT, colesterol total, ferritina, IST (índice de saturación de transferrina).
Serología: VHB, VHC, VIH y sífilis.	Previa comunicación/consentimiento verbal.
Serología VHA.	> 7 AÑOS.
Orina.	Anormales y sedimento.
Parásitos en heces.	
Test de cribado neonatal.	- En menores de 1 año.
Cribado auditivo.	Mediante otoemisiones acústicas en menores de 3 meses de edad.

### B.- CRIBADO SEGÚN RIESGO INDIVIDUAL:

Este apartado se debe **complementar con el Anexo 5 «Otras determinaciones/pruebas según área geográfica»**, en el cual se especifican las enfermedades más prevalentes según el país de procedencia.

#### **Cribado de enfermedad celíaca:**

Solicitar cribado de enfermedad celíaca en migrantes procedentes del Sáhara Occidental.

#### **Niveles de plomo en sangre (Pb):**

Solicitar niveles de plomo en sangre en niños/as procedentes de zonas de riesgo de intoxicación por este metal y clínica sugestiva (deterioro del neurodesarrollo, dolor abdominal, cefalea, estreñimiento, agitación y letargia) y/o pica.

#### **Niveles de vitamina D (vit D):**

El estudio y/o profilaxis del posible déficit de vitamina D debe valorarse a criterio del profesional, en niños o niñas con factores de riesgo (**Tabla 5**), según la situación clínica, procedencia, siempre teniendo en cuenta las recomendaciones del PSI.  
(Ver **Tabla 5** en protocolo ampliado).

Si la persona menor presenta algún síntoma o signo de raquitismo u osteomalacia (tibias varas, dolores óseos, etc.) se ha de realizar el estudio completo.

#### **Cribado de enfermedad de Chagas:**

Solicitar serología para *Trypanosoma cruzi* a todo menor de 18 años nacido en los países endémicos o con una estancia superior a un mes en dichos países.



- Además, se debe incluir a los hijos nacidos en España cuyas madres procedan de áreas endémicas y sin serologías previas.
- Por otro lado, se recomienda hacer cribado a las mujeres embarazadas procedentes de dichos países o que hayan permanecido durante un tiempo superior a 1 mes y que no se les haya realizado serología tras su llegada a España; idealmente en el primer trimestre, pero si no es posible se puede solicitar en cualquier momento del embarazo, y tras el parto, con el objetivo de realizar las pruebas pertinentes al recién nacido y prevenir la transmisión vertical.

### **Eosinofilia:**

Ver **Tabla 6** en protocolo ampliado.

En caso de presencia de **eosinofilia con estudio coproparasitológico y serología de *Strongyloides stercoralis* (STR) y *Schistosoma* negativos y sin otra causa probable** (alergias, fármacos), se hará derivación a una unidad especializada de enfermedades infecciosas para ampliar su estudio.

## **INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

---

### **EL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO**

Trabajo social de salud interviene inicialmente para facilitar el acceso a la atención sanitaria. Se requiere conocer cuál es la población de menores migrantes en cada momento e identificar las posibles dificultades u obstáculos para el acceso al sistema sanitario. Para ello, resulta fundamental mantener una vía formal de comunicación, con los diferentes recursos e instituciones que acogen a menores.

### **LA VISITA DE ACOGIDA**

Una vez las y los menores acceden al sistema sanitario, la intervención viene determinada por la presencia de problemas de salud asociados a dificultades en la prestación de cuidados, en especial, patologías crónicas, problemas de salud mental, consumo de tóxicos y, en cualquier caso, ante una posible situación de desprotección. En este momento se determina cuál es la situación del/la menor y se interviene para facilitar el cumplimiento terapéutico y la continuidad de la atención o, en su caso, para activar los mecanismos de protección a la infancia y la adolescencia por parte de las instituciones competentes.

Posteriormente, una vez el niño, niña o adolescente se haya incorporado al PSI, se interviene siguiendo las pautas establecidas en el mismo para cada etapa, ante la presencia de factores de riesgo social y de indicadores de sospecha de malos tratos y, en cualquier caso, cuando se presenten dificultades en la prestación de cuidados ante un problema de salud.

#### **La derivación a trabajo social se realiza cuando la niña, el niño o adolescente presenta:**

- Un problema de salud cuyos cuidados no pueden garantizar las personas responsables de su atención.
- Una posible situación de riesgo o desprotección.

La historia clínica facilita a la/el profesional de trabajo social la exploración de las diferentes dimensiones de la valoración social, a través de los protocolos. (ver en la versión ampliada)



<b>PROTOCOLOS DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>Autonomía y situación de salud.</b>	Nivel de autonomía, problema de salud agudo, crónico, pronóstico, requerimientos de cuidados...
<b>Familia.</b>	Unidad de convivencia, personas relevantes, relaciones y dinámicas familiares, antecedentes...
<b>Provisión de cuidados.</b>	Personas que cuidan, creencias, habilidades, disponibilidad, tipo de apoyo, organización de los cuidados...
<b>Percepción del estado de salud.</b>	Vivencia subjetiva individual y familiar...
<b>Escolarización.</b>	Integración de acuerdo a las características personales y de salud...
<b>Vivienda y entorno de residencia.</b>	Características de la zona, disponibilidad de servicios básicos de consumo, de protección social, condiciones de habitabilidad de la vivienda, condiciones de acceso internas y externas....
<b>Limitaciones que condicionan o determinan los cuidados de salud.</b>	Problemas de salud crónicos, cuidados complejos, discapacidad, creencias que no favorecen la adherencia terapéutica, barreras en la comunicación, carencia o debilidad de apoyos efectivos...
<b>Condiciones que favorecen la atención y los cuidados.</b> (factores de protección)	Creencias que favorecen el cumplimiento terapéutico, experiencia en el afrontamiento de situaciones adversas, relaciones que favorecen el apoyo en diferentes redes, respuesta rápida de estas...

Dado que la intervención en la primera consulta va dirigida fundamentalmente a garantizar los cuidados derivados de un problema de salud específico, es probable que en la visita de acogida la valoración social se centre en la exploración de los elementos más directamente relacionados con este. Sin embargo, es fundamental completarla en futuras consultas de seguimiento, según sea su evolución, en consultas posteriores de demanda por procesos similares o dentro de las previstas en el PSI.

**La intervención de trabajo social va dirigida a:**

- Facilitar la adherencia terapéutica y la continuidad de la atención
- Activar, en su caso, los mecanismos de protección a la infancia y la adolescencia por parte de las instituciones competentes.

Para facilitar el registro y seguimiento de las intervenciones que cada profesional de trabajo social realiza durante la prestación de la asistencia sanitaria existe el protocolo de Plan de actuación y seguimiento, disponible también en la historia clínica.





## LA COORDINACIÓN CON OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

La atención a la infancia en movimiento requiere un mayor esfuerzo de coordinación interinstitucional, si cabe, con los diferentes sistemas de protección social, en particular con:

- El Sistema de **Servicios Sociales**, ante las situaciones de emergencia social, de riesgo o de exclusión social en general, y en particular de riesgo o desprotección.
- El Sistema **Educativo**, ante la posible repercusión de la situación de salud en el proceso de escolarización.
- El Sistema **Judicial**, ante cualquier forma de violencia que atente contra la integridad física, psíquica, psicológica y moral de niñas, niños y adolescentes. (Protocolos de coordinación interinstitucional ante la violencia y de MGF).

El trabajo social de salud cobra especial relevancia en esta coordinación interinstitucional, participando activamente en el mantenimiento de una vía formal de coordinación que facilitará tanto la puesta en marcha de medidas de atención y protección a la infancia y la adolescencia como la programación de intervenciones coordinadas entre los distintos sistemas implicados en cada momento y circunstancia.



## **ANEXO 1. TRAMITACIÓN DE TARJETA SANITARIA PARA EXTRANJEROS**

---

### **MENORES MIGRANTES ACOMPAÑADOS**

Deben presentar: certificado de nacimiento y pasaporte (las personas responsables deben identificarse). Se les da de alta en tarjeta sanitaria como **XTO** con caducidad hasta los 18 años.

### **MENORES MIGRANTES ACOMPAÑADOS LLEGADOS EN PATERAS**

Deben presentar: informe de la policía, Cruz Roja o centro de acogida, con sus datos. Se les da de alta como **XTO** con caducidad de un año, renovables hasta los 18 años.

### **MENORES MIGRANTES SOLOS LLEGADOS EN PATERAS**

Deben presentar: informe del centro de acogida donde consten sus datos personales, fecha de nacimiento, país de donde procede. Normalmente dicen la edad que tienen y como fecha de nacimiento se pone 01/01/año de nacimiento. Se le da de alta en Tarjeta sanitaria como **XTO** con caducidad de un año, renovables hasta los 18 años.



## ANEXO 2. ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO VACUNAL

---

Se debe establecer un calendario personalizado que incluya el número de dosis necesarias según la edad e historia de vacunación. Para ello se fijará el momento de inicio y los intervalos entre las dosis a administrar, teniendo en cuenta que “dosis puesta, dosis que cuenta”, siempre que se cumplan la edad mínima de administración y los intervalos mínimos recomendados entre dosis. La edad mínima se ha establecido en función de las recomendaciones acordadas en el calendario para toda la vida del SN, aunque puede haber variaciones si se utilizan vacunas combinadas. En las vacunas que habitualmente usamos en calendario no hay un intervalo máximo entre dos dosis de una misma vacuna que invalide una pauta.

A continuación, se presentan las pautas generales de vacunación por tipos de vacunas y el calendario de rescate a menores (**Tabla 9**). Dichas pautas se deberán **adaptar a las recomendaciones vigentes en la Comunidad Autónoma de Canarias**. En caso de que los familiares no aporten un documento que certifique la administración de vacunas del/la menor, se procederá a iniciar la vacunación como si nunca las hubiera recibido (no hay que temer efectos adversos). La declaración verbal de sus responsables no debe ser considerada como prueba de vacunación y no se deben realizar estudios serológicos. Los certificados vacunales de otros países se considerarán válidos si la información que contienen es legible y cada dosis viene acompañada de una fecha (que cumple la edad mínima de administración y los intervalos mínimos recomendados entre dosis), un número de lote y una firma/sello de un profesional. Desde que se administren las vacunas correspondientes por la edad se debe seguir el calendario vacunal del Servicio Canario de Salud.

Hay que tener en cuenta que hay países cuyas vacunas pueden diferir de las usadas en España, tanto en nomenclatura como en composición. Se recomienda revisar el buscador de **Calendarios del mundo** (<https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=&location=>) en el portal de la OMS. En los países que mantienen la vacunación oral contra la polio las vacunas pentavalentes incluyen HepB (DTPHibVHB) y no polio (algunos de estos países administran una dosis de polio al nacimiento, dosis que no debe ser contabilizada). En Cuba se usa una vacuna de meningitis B-C específica contra una cepa que circuló en el país y que no es intercambiable por nuestra vacuna contra MenB. En China se aplica una vacuna polisacáridica MenA-C antes de los 2 años de vida que tampoco puede considerarse válida y en los países del cinturón de la meningitis se inoculara una conjugada MenA.

En algunas ocasiones, menores y adolescentes de familias extranjeras asentadas en nuestro país viajarán temporalmente a sus países de origen, por lo que hay que avisarles de que tendrán que solicitar consejos previos al viaje entre los cuales pueden encontrarse recomendaciones vacunales específicas (Hepatitis A, Fiebre tifoidea, Fiebre amarilla) o quimioprofilaxis (paludismo).

**Tabla 9: Vacunación de rescate. Edad mínima, número de dosis e intervalo de tiempo mínimo recomendado entre dosis\*.**

Vacuna	Edad mínima 1ª d	Nº de dosis	Pautas iniciadas a los	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	4ª dosis	Observaciones
HB	Nacimiento	3			4-8s	6m		Cuando se usen vacunas hexavalentes, el intervalo mínimo entre la primera y la segunda dosis es de 8 semanas, pero si se utiliza la vacuna monocomponente de hepatitis B serán suficientes 4 semanas. La 3.ª dosis se administrará al menos 8 semanas después de la segunda y siempre que hayan pasado, al menos, 16 semanas después de la primera, aunque es preferible que hayan pasado 6 meses (mayor duración de la protección). En los menores de 1 año para poder recibir esta tercera dosis debe anarte de respetar estos intervalos, haber cumplido los 6 meses de edad
DTPa	6s	3-4			8s	6m	6m	Las Hexavalentes (DTPaVPIHibHB) pueden administrarse hasta los 7 años. En Pautas 3+1, separación mínima entre las primeras 3 dosis de 4 semanas y entre tercera y cuarta 6 meses.
VPI	6s	3-4			8s	6m	6m	Menores que provengan de un lugar con circulación de virus polio salvaje o derivado de la vacuna, deberán recibir una dosis extra de VPI si no la han recibido en los últimos 12 meses (también viajeros a zonas con virus de polio circulando y vayan a permanecer más de 4 semanas). Con pautas 0, 1 y 2 meses o 0, 1-2 y 6 meses. En caso de haber recibido la 3.ª dosis antes de los 4 años se recomienda administrar una 4.ª dosis, al menos, 6 meses después de la 3.ª.
Hib	6s	1-3			8s	6m		En mayores de 5 años no es necesaria la vacunación, salvo en grupos de riesgo. Si el uso de hexavalentes facilita la pauta en mayores de 5 años hasta los 7, no existe contraindicación para recibir dosis extras de Hib
MenC	8s	1-2	<12 m		6m	Más de 12m edad		En menores de 1 año es suficiente con 1 dosis de primovacuna que se ponga al menos con 4 meses y dosis de refuerzo al año cumpliendo intervalo mínimo. En mayores de 12 meses es suficiente con 1 dosis.
			≥12 m					
MenB	8s	2-3	<6 m		8s	6m	Entre 12-15m edad	Financiada para los/las nacidos/as a partir de <b>1 de julio de 2019</b> . Mayores de 2 años con factores de riesgo recibirán una dosis de refuerzo 1 año después de finalizar la primovacuna y recuerdos cada 5 años.
			6-11 m		8s	8s	Más de 12m edad	
			12-23 m		8s	12m		
			≥2 a		4s			
VNC	6s	2-3	<12 m		8s	8s	Más de 11m edad	En mayores de 5 años no vacunados se debe aplicar 1 dosis de VNC13 en grupos de riesgo.
			12 y 23 m		8s		La vacuna polisacáridica 23-valente (VNP23) está indicada en mayores de 2 años con enfermedades que aumentan el riesgo de infección por el neumococo: el intervalo mínimo respecto de la última dosis de VNC será de 8 semanas.	
			≥ 2 a-5 a		8s	**	**Segunda dosis sólo en grupos de riesgo	
TV	12m	2			4s		Las dosis administradas entre 11 y 12 meses se considerarán válidas. Las administradas antes de los 11 meses o aquellas de sarampión monocomponente o sarampión-rubeola no serán contabilizadas.	
VVZ	12m	2			4s		Financiada para los/las nacidos/as a partir de <b>1 de enerp de 2015</b> o llegar a los 12 años sin haber padecido la enfermedad hasta completar pauta de dos dosis.	
MenACWY	12a	1					Si tiene una dosis administrada con ≥ 10 años no es necesario poner la dosis de los 12 años.	
VPH*	12a	2	12-14 a		6m			* Revisar indicaciones del SCS
			15 a		4-8s	6m		Según marca comercial cambia el intervalo entre primera y segunda dosis
Td/Tdpa	7a	3-5			4s	6m	12 m	A partir de los 7 años, la pauta de rescate debe ser con Tdpa al menos, una de ellas, preferentemente la primera, y las restantes con Td o Tdpa. 4ª dosis 12 m 5ª dosis
SARS-CoV-2	5a	2			3-8s			Revisar siempre las últimas actualizaciones sobre recomendaciones de vacunación COVID-19 en pediatría del Ministerio de Sanidad (puede haber diferencias entre Comunidades Autónomas). Existe un listado de vacunas aceptadas por la EMA según composición y tecnología.

\*Adaptada del Manual de Vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría. m: meses; s: semanas; a: años d: dosis.



## **ANEXO 3. VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL**

---

### **Señales de alerta:**

- La persona menor se muestra triste la mayor parte del tiempo, desesperanzada respecto a sí mismo, al mundo o al futuro. Presenta llanto incontrolable y frecuente. No juega o no se dedica a actividades lúdicas propias del momento evolutivo. Se muestra apática la mayor parte del tiempo sin la reactividad emocional esperable en sus iguales.
- Reacciones agresivas intensas y frecuentes, con rabietas y oposiciones a peticiones o acercamientos.
- Preocupación constante por las situaciones vividas, rumiaciones frecuentes, recuerdos intrusivos y persistentes, revivir los acontecimientos traumáticos o estresantes a los que se haya visto expuesta. Esto puede dar lugar a problemas de atención y concentración, afectando al rendimiento académico.
- Parece como desconectada de la realidad, negando de forma completa la experiencia que ha vivido, no pudiendo integrarla ni elaborarla.
- Miedo irracional e intenso a sitios o lugares no conocidos. Reacciones de intensa ansiedad ante situaciones cotidianas. Elevada ansiedad de separación.
- Problemas en la relación con iguales o con otras personas, incluido el núcleo familiar. Tendencia al aislamiento y dificultad para establecer nuevos vínculos.
- Frecuentes quejas somáticas como dolor abdominal, cefalea, vómitos, mareos, etc., sin componente orgánico asociado.
- Regresiones en los hitos del desarrollo alcanzados hasta ese momento, como pérdida del control de esfínteres, reacciones de mutismo, o pérdida de otras capacidades ya adquiridas.
- Disminución significativa del apetito y de la ingesta, se muestra reacia a comer y esto afecta a la ganancia ponderal propia de la edad.
- Dificultad en la conciliación o mantenimiento del sueño de carácter severo. Pesadillas recurrentes y elevado nivel de ansiedad/angustia asociado.

### **Factores de riesgo psicosocial:**

1. La edad, ya que la vulnerabilidad y necesidades serán diferentes en función del tramo de edad.
2. Ausencia de escolarización, así como de espacios lúdicos o destinados a la realización de actividades propias de la infancia.
3. Acontecimientos vitales estresantes, acumulación de situaciones de pérdida o traumáticas.
4. Presencia de abusos, explotación u otras situaciones que vulneren los derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia.
5. Presencia de malos tratos, falta de cuidados, negligencia o necesidades afectivas no cubiertas por parte de la familia.



6. Otras situaciones familiares disfuncionales. En ocasiones, el estrés causado en las personas adultas por el proceso migratorio, puede dar lugar a circunstancias problemáticas que dificulten el adecuado cuidado de menores, como el consumo de alcohol o sustancias, etc.
7. Desarraigo y estigmatización social. Especialmente cuando la cultura y las normas del país de destino son muy diferentes a las del de origen, dando lugar a dificultades significativas en la integración durante el proceso de aculturación.
8. Ausencia de apoyo social, aislamiento, ausencia de figuras de referencia que puedan sostener al/a la menor en sus necesidades afectivas y de integración social.
9. Inadecuada reagrupación familiar.
10. Personas menores no acompañadas durante la migración o con condición de refugiadas.

Estas circunstancias suponen que habrán tenido que enfrentarse a múltiples situaciones de peligro, en ausencia de sus seres queridos, lo cual dificulta en sobremanera la elaboración de dichas situaciones.

### **Criterios de derivación a Salud Mental Infanto Juvenil (USM-IJ)**

**Tabla 10**

<b>ALTERACIÓN DETECTADA</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
Señales de alerta	Derivación a USM-IJ
Factor/es de riesgo+señal/es de alerta	Derivación a USM-IJ
>3 factores de riesgo	Seguimiento estrecho por Atención Primaria (AP)
1 factor de riesgo	Seguimiento por AP

Ante situaciones de urgencia como la presencia de ideación autolítica activa en estas niñas, niños y adolescentes, se acudirá al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia.



**Tabla 11**

<b>Atención e Intervenciones Psicosociales</b>		
<b>Aplicación</b>		<b>Voluntarios</b>
<b>Niveles</b>	<b>1. Apoyo psicosocial básico</b>	<b>2. Apoyo psicosocial específico</b>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye la prestación de primeros auxilios psicológicos</li> <li>Actividades en el fomento de la salud mental, la promoción general y las actividades para favorecer la capacidad de resiliencia y la cohesión social dentro de las comunidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades de prevención con un enfoque específico en grupos, familias e individuos en riesgo y requiere un mayor nivel de especialización y supervisión que el apoyo psicosocial básico.</li> <li>El apoyo entre pares y actividades de grupo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación y la derivación de personas con necesidades psicosociales y de salud mental más graves.</li> </ul>	
<b>Aplicación</b>		<b>Personal de salud y salud mental</b>
<b>Niveles</b>	<b>3. Apoyo psicológico</b>	<b>4. Atención de salud mental especializada</b>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe prestar apoyo psicológico a todas las personas y familias</li> <li>Las actividades en este nivel pueden incluir intervenciones psicológicas básicas, como asesoramiento, además de psicoterapia, la identificación y la derivación de personas con problemas de salud mental graves.</li> <li>El apoyo psicológico se presta dentro de las instalaciones de atención médica (y mediante actividades informativas y de sensibilización).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios clínicos de especialistas (incluida la atención psicológica y de salud mental apropiada) que se brindan dentro de los sistemas de atención de salud, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y del gobierno del país.</li> <li>Formación para personal de servicios de salud y de salud mental sobre enfoques que tengan en cuenta las consideraciones psicosociales y psicológicas, enfoques alternativos a la farmacoterapia, la importancia de los servicios de atención comunitaria (incluida la atención domiciliaria) y la preparación adecuada de las personas que brindan cuidados.</li> <li>Promoción de la dignidad de las personas con problemas de salud mental graves y el fomento de medidas para mejorar su tratamiento.</li> </ul>

**Atención al consumo de drogas:**

La atención a menores migrantes con problemas de consumo de drogas se llevará a cabo en las Unidades Ambulatorias de Atención a las Drogodependencias (UADs).

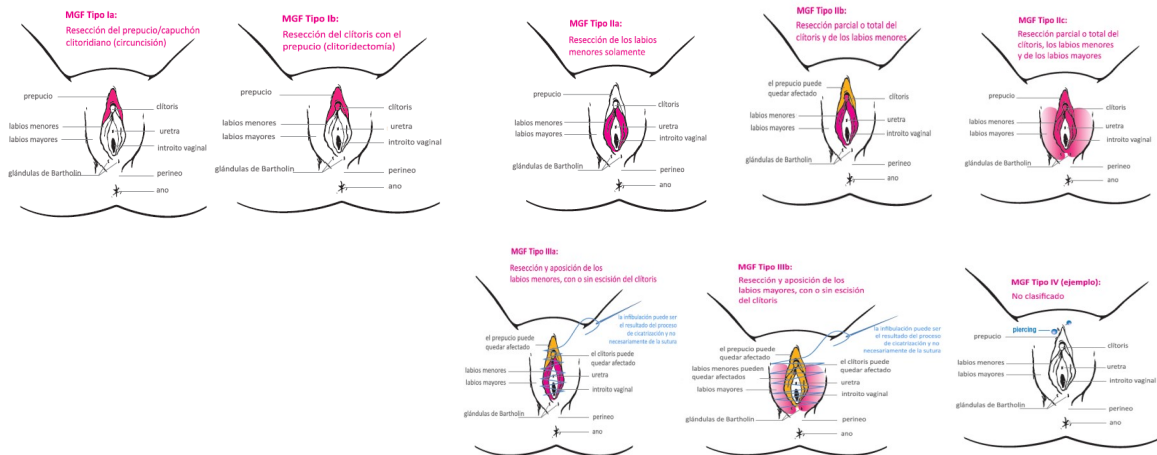
Las UADs atienden a adolescentes a partir de 14 años y el acceso es libre y directo, sin ser necesaria la derivación por parte de AP.

En este [link](#) aparecen las principales UADs.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b304f270-f001-11e9-a7fd-7da170240143/FOLLETODROGODEPENDENCIAS2019.pdf>



## ANEXO 4. PROTOCOLO MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



### Posibles escenarios:

A su llegada presenta MGF

No

Sí

Registro en historia  
Si factor de riesgo: Oficio de notificación a DGIF

Oficio de notificación a DGIF  
Registro en Historia  
Tratamiento de complicaciones

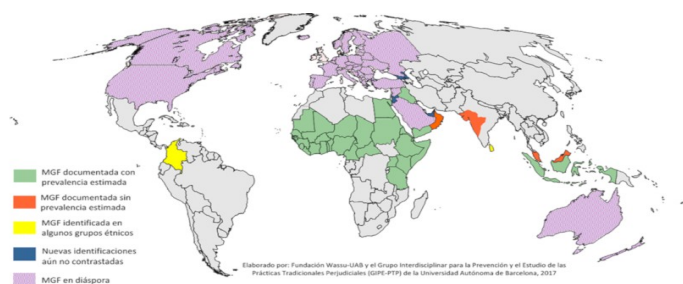
Viaje al País de origen

Firma "Compromiso preventivo"

No

Oficio de notificación DGIF y Ministerio Fiscal

A la vuelta si MGF:  
Parte de lesiones  
Oficio de notificación DGIF





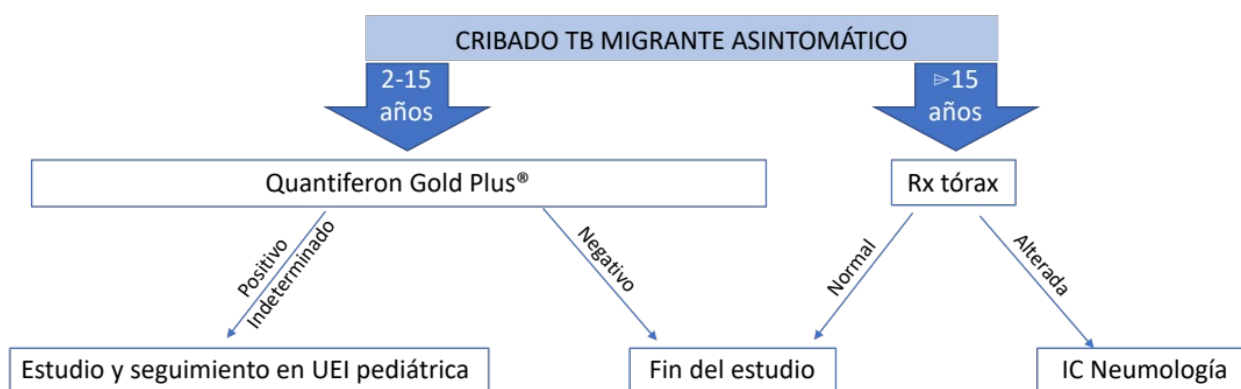
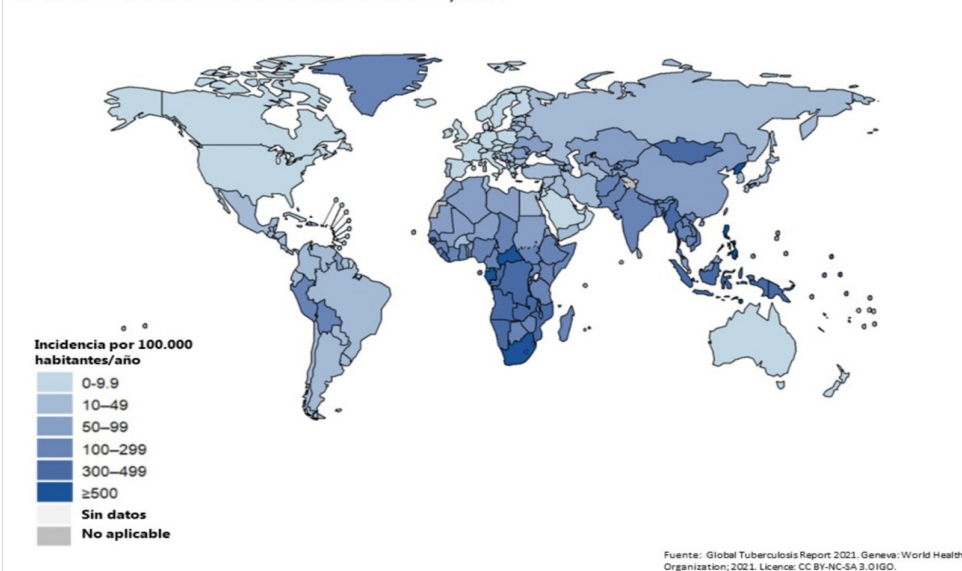




## ANEXO 6. CRIBADO DE TUBERCULOSIS

Indicado en las personas asintomáticas que proceden de países con una incidencia alta de TB (>50 casos/100.000 habitantes) que hayan llegado al área de baja incidencia en los últimos 5 años (ver mapa).

Estimación de las tasas de incidencia de TB, 2020



El tratamiento preventivo de la Infección Tuberculosa está justificado en la misma medida que para la población autóctona. En el caso de que se considere realizar dicho tratamiento, se recomienda la pauta de 3 meses con isoniazida (10 mg/kg/día con dosis máxima 300 mg/día) más rifampicina (15 mg/kg/día con dosis máxima 600 mg/día).