



Gobierno de Canarias  
Consejería de Sanidad  
Consejería de Empleo  
y Asuntos Sociales

# **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A MENORES INMIGRANTES**

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A MENORES INMIGRANTES**

### **INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>pág. 3</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL</b>	<b>pág. 3</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO</b>	<b>pág. 6</b>
<b>4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO</b>	<b>pág. 7</b>
<b>5. ACTUACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON MENORES INMIGRANTES</b>	<b>pág. 8</b>
<b>5.1. Atención a menores inmigrantes no acompañados</b>	<b>pág.10</b>
<b>5.2. Atención a menores inmigrantes acompañados</b>	<b>pág.13</b>
<b>6. ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL</b>	<b>pág.12</b>
<b>6.1. Atención sanitaria a menores inmigrantes</b>	<b>pág.14</b>
<b>6.2. Atención social</b>	<b>pág.18</b>
<b>7. INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A MENORES INMIGRANTES</b>	<b>pág.19</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>pág.20</b>
<b>9. GRUPO DE TRABAJO</b>	<b>pág.37</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El aumento de personas extranjeras que vienen a nuestra Comunidad por distintas vías, se refleja en los servicios públicos, que han pasado de prestar una atención puntual y reducida, a demandas continuas y progresivas. Es por ello que debemos organizar, definir y coordinar las actuaciones desde los distintos servicios para hacer frente a esta nueva situación.

En concreto, ante la llegada de menores acompañados y no acompañados a territorio canario, todas las administraciones públicas, entidades e instituciones deben velar por el cumplimiento de los derechos de la infancia, traducándose éstos en la necesidad de garantizar que todos los niños y niñas puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades básicas y disponer por tanto de asistencia sanitaria y social, entre otras.

La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud y la Dirección General de Protección del Menor y la Familia se han planteado la necesidad de establecer una serie de acuerdos para garantizar la atención sanitaria de calidad a los y las menores inmigrantes que llegan a nuestra Comunidad Autónoma.

Con este objetivo nace el presente protocolo de actuación y coordinación para la atención sanitaria a menores inmigrantes, tanto acompañados como no acompañados, que persigue establecer las pautas de actuación y los cauces de coordinación que se precisan. Está sobradamente demostrado que la utilización efectiva de protocolos ayuda a mejorar la calidad asistencial y a optimizar recursos.

Dado lo cambiante de la situación actual en materia de inmigración, este documento no puede ser estático, sino que debe estar abierto a las modificaciones y aportaciones que en su ejecución se hagan necesarias.

## 2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

En los últimos años hemos asistido en nuestro país a un crecimiento exponencial de la población inmigrante, constituyen un grupo muy heterogéneo, que debe ser valorado y tratado según su origen y sus diferencias culturales.

La gran mayoría de la población inmigrante viene con intención de permanencia en el país, por lo que se va a configurar en un futuro muy próximo una sociedad de origen multicultural, en la que debemos avanzar en la adecuada integración. Conocer sus características y necesidades sociales, culturales y sanitarias es fundamental para proporcionar desde los servicios públicos una adecuada atención.

Las vías de acceso a nuestra Comunidad Autónoma son diversas, como también son variadas las condiciones económicas, laborales, familiares, etc. en las que llegan los inmigrantes.

Los datos que tenemos sobre la población extranjera en nuestro país hablan por sí mismos. La población inmigrante constituye el 8,67 % (2005) de la población española, sin contar los inmigrantes en situación irregular. La zona mediterránea y Comunidad de Madrid atraen al mayor porcentaje de población extranjera: Illes Balears con un 15,9%, Madrid con un 13,1%, Comunidad Valenciana y Región de Murcia, ambas con un 12,4%. En nuestra Comunidad Autónoma la población extranjera supone el 11, 3%.

POBLACIÓN SEGÚN NACIONALIDAD	
	CANARIAS
<b>TOTAL</b>	<b>1.968.280</b>
<b>De España</b>	<b>1.746.020</b>
<b>Del extranjero</b>	<b>222.260</b>
U.E. (1)	93.422
Resto Europa	9.087
África	26.732
América	80.201
Otros	12.818

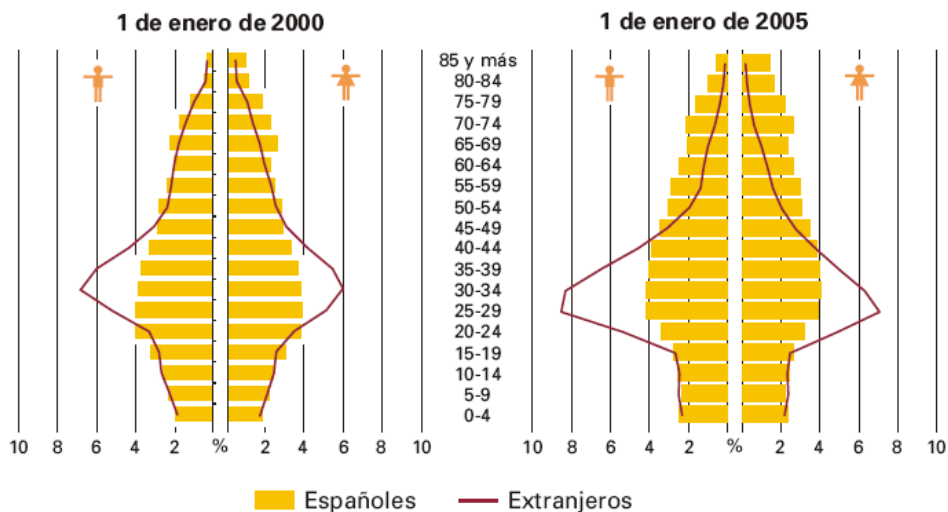
(1) Excepto España.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE): "Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1/ene/2005".

Considerando globalmente el fenómeno inmigratorio, comporta para el país receptor más ventajas que inconvenientes. No podemos olvidar los aspectos beneficiosos de la inmigración para la sociedad española, y por ende la canaria:

- *Cambio de la pirámide poblacional:* el crecimiento de la población española se sustenta en la moderada entrada de inmigrantes, que suelen ser jóvenes.

### Pirámide de población española y extranjera



Analizando las pirámides de residentes en España en 2000 y 2005, observamos como se ha ensanchado la parte central gracias a la llegada de jóvenes extranjeros, lo que favorece la desaceleración del proceso de envejecimiento de la población.

- *Incremento del número de nacimientos:* No hay que olvidar que nuestro índice de fecundidad es de los más bajos del mundo y nuestra población la más envejecida de Europa. El número medio de hijos por mujer en España se eleva hasta 1,34 y alcanza su valor más alto desde 1993. Este incremento total de nacimientos se debe, en parte, a la fertilidad de las madres extranjeras, que continúa en aumento. Del total de nacimientos de madre extranjera el 23,8% son de padre español.

	Total nacimientos	Total nacimientos madre extranjera	Porcentaje nacimientos madre extranjera respecto total nacimientos
<b>CANARIAS</b>	<b>19.718</b>	<b>2.858</b>	<b>14,49 %</b>

Movimiento natural de la población. Resultados provisionales 2005  
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En Canarias, con relación al total de nacimientos, los de madre extranjera supusieron en el año **2005** el **14,49%** del total, frente al 13,8% del año 2004 y el 12,2% del año 2003.

- *Mantenimiento de la población activa:* la ONU ya ha advertido de la necesidad de abrirse a la inmigración para mantener el crecimiento y proteger las pensiones. La reducción de la población activa supondría una situación insostenible para el desarrollo de nuestro país, que necesita mantener una población activa estable para hacer frente al gasto social que cada vez será mayor.

- *Enriquecimiento social y diversidad cultural*: el hecho de la inmigración conlleva la convivencia entre individuos de lengua, religión, creencias y culturas distintas.

	2002	2003	2004
<b>ALTAS DEL EXTRANJERO SEGÚN PAÍS DE PROCEDENCIA</b>			
<b>Total</b>	<b>28.321</b>	<b>29.048</b>	<b>35.706</b>
Venezuela	3.459	5.672	4.361
Reino Unido	2.362	2.977	4.110
Alemania	2.402	2.941	3.007
Argentina	3.804	2.297	2.031
Marruecos	1.620	1.448	1.977
Uruguay	1.143	1.690	1.803
Italia	1.108	1.294	1.471
Cuba	1.273	1.206	1.347
Colombia	3.288	838	1.143
China	595	556	845
Otros países	7.267	8.129	13.611

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

Analizando los datos de la inmigración en nuestras islas podemos ver la distribución por islas de los 36.750 menores inmigrantes registrados en los padrones municipales:

	CANARIAS	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
0-4	7.042	1.281	786	2.068	2.653	53	168	33
5-9	9.567	1.338	923	2.846	3.988	118	288	66
10-14	10.127	1.420	801	3.059	4.324	116	336	71
15-19	10.014	1.439	775	3.050	4.182	120	381	67

Fuente: ISTAC Padrón 1-1-2005. Canarias e islas. Población extranjera por grupos de edad.

En lo que se refiere a los menores inmigrantes no acompañados, cada vez es más habitual que lleguen a nuestras islas en cayucos. Hasta el pasado año, el mayor contingente procedía de Marruecos, pero el cambio en las rutas de la inmigración ilegal, que ahora salen de países africanos como Mauritania, Senegal, Guinea Bissau, o incluso Gambia, hace que actualmente los lugares de procedencia más comunes sean Mali, Senegal o Níger. Suelen ser varones con una edad media de 16 años.

A principios de este año el número de menores inmigrantes no acompañados bajo la tutela del Gobierno de Canarias ascendía a 200, habiéndose incrementado a fecha de 28 de noviembre de 2006 hasta 720, pese al traslado a la península de 169 menores

A diferencia de otras comunidades autónomas, el Gobierno de Canarias tiene la tutela sobre los menores, si bien su guardia y custodia depende de los Cabildos Insulares.

La atención a los menores inmigrantes, supone una realidad del momento actual, y el conocer sus características y necesidades socioculturales y sanitarias es fundamental para proporcionarles una adecuada asistencia. Debemos facilitar su integración para que podamos llegar a una multiculturalidad que suponga un enriquecimiento para todos.

### 3. MARCO NORMATIVO

Se entiende por **menor inmigrante**, toda persona que tenga una edad menor a 18 años procedente de otro país, con situación legalizada o no, refugiado/a y/o procedente de la adopción internacional<sup>1</sup>

**La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de Enero, de protección jurídica del menor**, de modificación parcial del código civil y de la ley de enjuiciamiento civil, es de aplicación a los menores de 18 años que se encuentren en territorio español, salvo que en virtud de la ley que les sea aplicable hayan alcanzado anteriormente la mayoría de edad.

**La Ley 1/1997 de Atención Integral a los Menores** establece en su artículo 11 las Competencias de los Cabildos Insulares “...*las competencias relativas a la prestación de servicios especializados en materia de prevención; la ejecución de las medidas de amparo que se establecen en dicha Ley....*” y en concreto en el apartado c) del mismo artículo, “... *la gestión de los centros y servicios públicos de acogida de carácter insular o supramunicipal...*”.

El Plan Integral del Menor establece que la atención integral a la infancia debe realizarse de forma coordinada desde los servicios sociales públicos y desde otros sistemas públicos de protección social, como son el educativo, el sanitario y el sistema público de la vivienda.

**La Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social** establece en su artículo 12 sobre el Derecho a la asistencia sanitaria que:

1. *“Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles*
2. *Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes.....y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica*
3. **Los extranjeros menores de 18 años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles**
4. *Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto”*

En lo que se refiere a los servicios sanitarios se ha de considerar la necesidad de planificar la atención sanitaria a la población inmigrante en coordinación con las instituciones públicas con competencias en esta materia.

El tratamiento adecuado de los problemas de salud va a facilitar la integración de la población inmigrante en la sociedad de acogida, además de que existe una normativa legal que reconoce el derecho a la atención sanitaria y que debemos aceptar como profesionales del sistema público de salud, independientemente de nuestra opinión y posicionamiento ante el complejo tema de la inmigración.

**Real Decreto 1088/89, de 8 de septiembre, de extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.**

Los inmigrantes tienen derecho a la tarjeta sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, y por lo tanto en el caso de las personas sin recursos económicos su expedición se rige por este Real Decreto.

---

<sup>1</sup> American Academy of Pediatrics. Committee on Community HealthService. Health care for children of immigrant families. Ped1997;100:153-155.

**La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal** tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

- ❑ Artículo 7. Datos especialmente protegidos ( "*datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual*").
- ❑ Artículo 8. Datos relativos a la salud.
- ❑ Artículo 10. Deber de secreto. (obligación al secreto profesional de los datos de carácter personal)

**La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** recoge el derecho a la intimidad y el carácter confidencial de los datos referentes a la salud.

#### **4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO**

- ❑ Definir las líneas de actuación a seguir para garantizar la atención sanitaria a todos los menores de 18 años que residen en los Centros de Acogida Inmediata (en adelante CAI) y Centros de Acogida de Menores Extranjeros (en adelante CAME)
- ❑ Facilitar la atención sanitaria adecuada y continuada de los y las menores inmigrantes no acompañados y acompañados, incorporándoles al Programa de Salud Infantil de nuestra CCAA.
- ❑ Disponer de un documento que defina los cauces de coordinación entre las distintas administraciones públicas.
- ❑ Crear los circuitos de información que faciliten la continuidad de la atención sanitaria de los menores inmigrantes.

## 5. ACTUACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON MENORES INMIGRANTES

En el presente protocolo se diferenciará la actuación para la organización de la atención primaria de salud a los menores inmigrantes según su situación:

5.1. *Menores inmigrantes no acompañados*

5.2. *Menores inmigrantes acompañados*

Esta diferencia reside fundamentalmente en que los responsables directos de su atención son distintos:

- *Menores no acompañados* son tutelados por la Institución Pública competente (es decir, la Dirección General del Menor y Familia) residiendo en un Centro con otros menores en igual situación.
- *Menores acompañados* están a cargo de sus padres/madres o tutores legales.

Esta diferencia también genera varias dificultades para recibir de forma adecuada la atención sanitaria:

En el caso de **menores inmigrantes no acompañados** las dificultades tienen que ver con distintos aspectos, entre los que podemos destacar:

- ❑ Aumento de la presión asistencial si no se dimensiona la atención sanitaria en aquellas Zonas Básicas de Salud donde existen Centros (CAI o CAME).
- ❑ Desplazamientos o cambios de centros debido a necesidades de organización por la Institución responsable
- ❑ Variabilidad en la gestión de los centros al ser gestionados directamente por las Instituciones Públicas o por empresas contratantes.
- ❑ Miedos relacionados con la sospecha de enfermedades infectocontagiosas en los trabajadores de los centros de acogida de estos menores(CAI, CAME).
- ❑ Escasa formación en habilidades para la intervención en materia de inmigración.

La dificultad para atender adecuadamente a **menores inmigrantes acompañados** está relacionada con la resistencia de sus padres y madres a regularizar la situación (solicitar Tarjeta Sanitaria Individual para el menor) a través de los servicios públicos, por miedo a ser devueltos a sus países de origen si no tienen regularizada su situación, lo que supone un serio obstáculo para atender de manera adecuada y continuada a los menores.

Resulta fundamental la recogida adecuada de los datos de filiación que permita la localización sencilla y rápida del adulto responsable del menor (familiar/tutor o institución) (teléfono fijo y móvil, dirección) durante todo el proceso de investigación del estado de salud del menor.

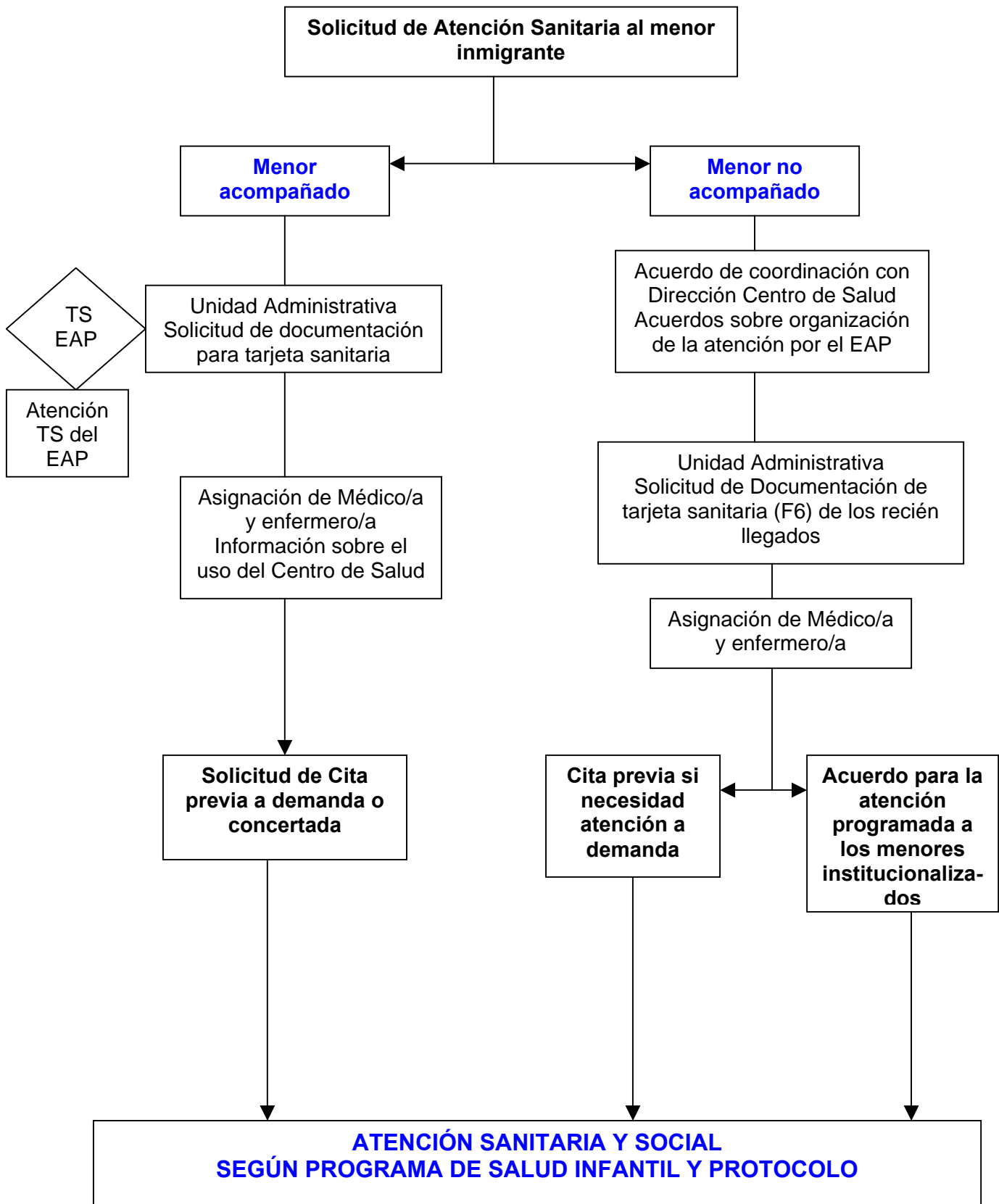
Para la orientación diagnóstica ante sospecha de enfermedades tropicales, se puede consultar con:

**Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias**  
Avda. Francisco Sánchez s/n, Campus de Anchieta, 38271 La Laguna

Persona referencia: Director D. Basilio Valladares Hernández Tel.: 670 83 68 23



## ALGORITMO DE ACTUACIÓN



## 5.1 ATENCIÓN A LOS MENORES INMIGRANTES NO ACOMPAÑADOS

Actualmente el procedimiento para la atención que se realiza al recibir a menores extranjeros sin acompañar, que llegan a nuestra Comunidad Autónoma es:

- ❑ Son atendidos a pie de playa por recursos como Cruz Roja, Médicos del Mundo, etc. y los recursos de la CCAA que se activan a través del 112, lo que supone que si se precisa acuden profesionales sanitarios (médicos, enfermeras del centro de salud o servicio de urgencias más próximo).
- ❑ Se les recoge un registro dactilar y se identifican en una ficha con su nombre, apellido y nacionalidad.
- ❑ La Fiscalía ordena la derivación al Hospital o servicio de radiología más próximo a los menores de edad dudosa, donde se realiza la radiografía de carpo para establecer la edad ósea que determina los menores 18 años para que la Dirección General del Menor asuma la tutela de los mismos.
- ❑ Los menores son derivados a los Centros de Atención Inmediata (en adelante CAI) y/o Centros de Atención a Menores Extranjeros (en adelante CAME). Dado el desconocimiento de la identidad exacta de los menores, se les adjudica un número correlativo de identificación. Se intenta comprobar si el nombre y el apellido que dieron es el verdadero, ya que será el que tendrán a todos los efectos.
- ❑ Desde el CAI/CAME se elabora un listado de los menores residentes, que se remite al centro de salud de referencia, con los siguientes datos:
  - Nombre y apellido
  - Fecha de nacimiento o estimación ( prueba de edad ósea)
  - País de origen
- ❑ El personal de los centros donde están acogidos los menores, contacta con el centro de salud de referencia para organizar su atención y se solicita la Tarjeta Sanitaria Individual (en adelante TSI) de los mismos para su atención sanitaria.
- ❑ La atención sanitaria que se presta a los menores inmigrantes no acompañados en centros de salud y servicios de urgencias, se recogerá en la planilla “*Estadísticas de atención a inmigrantes*” (Anexo 4). Esta monitorización es fundamental para conocer la presión asistencial, los costes que supone y adaptar (o incrementar en su caso) los recursos a las necesidades. La dirección de la ZBS supervisará que se cumplimente adecuadamente la planilla y se remita semanalmente (lunes) al servicio de control de gestión de la DGPPAA vía e-mail: [morimar@gobiernodecanarias.org](mailto:morimar@gobiernodecanarias.org)

Este protocolo pretende organizar de manera coordinada la atención sanitaria de los menores inmigrantes a partir de este momento.

### 5.1.1 Atención administrativa

#### ***Solicitud de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)***

El personal responsable del centro de acogida, en coordinación con la unidad administrativa del centro de salud, inicia la tramitación de la TSI a los menores recién llegados. (Anexo 3)

Tras la solicitud de la TSI, en un plazo no superior a una semana deben tener asignado un nº de afiliación a la Seguridad Social. Sólo con la solicitud se les debe asignar a los profesionales sanitarios de referencia (Pediatra o Médico/a de Familia y enfermera/o).

### **Solicitud de consulta. Organización de la atención sanitaria**

Cada zona básica de salud (en adelante ZBS) habilitará el circuito de citación más adecuado de acuerdo con la organización interna, para garantizar y facilitar la atención sanitaria en la primera visita. Puede ser organizando la consulta para que en pequeños grupos acudan al centro de salud con un intérprete en horario prefijado, atención por parte del equipo en el mismo centro de acogida, citas individuales con el profesional correspondiente etc.

Las posteriores citas deberán ser solicitadas desde el centro de protección (CAI, CAME) a través del 012, ó en coordinación con el área administrativa del centro de salud.

Los tipos de atención que se generan en un centro de salud pueden ser:

a) **Con Cita:**

- Demanda: a petición del usuario/a.
- Concertada: promovida por el profesional.

b) **“Urgentes” sin cita:** hace referencia a aquellas patologías no previsibles, que no pueden esperar. Esta consulta no debe ser utilizada para resolver problemas que no requieren de una atención inmediata y pueden ser resueltos a través de una consulta normal con cita (vacunaciones, controles...). Los menores que requieran de una atención por urgencias, sin cita, deberán presentarse en el área de administración e información del centro de salud, para solicitar el informe de urgencias.

Cada ZBS dependiendo de sus características podrá optar por un modelo u otro (una única UAF: Pediatra ó Médico y Enfermera atienden a todos los menores u otra opción mediante la cual se distribuyen los usuarios entre varios cupos).

- Cada ZBS en coordinación con los centros de atención al inmigrante de su zona y/o pisos tutelados, debe formalizar **por escrito** y de forma consensuada, los **acuerdos** que regularán la atención programada o concertada, garantizando la asistencia y facilitando el trabajo de los/as profesionales.
- En el documento consensuado de coordinación, desde la perspectiva de atención integral se debe contemplar la **promoción y educación para la salud** (y no sólo la asistencia sanitaria) desarrollando una programación conjunta con los educadores para realizar actividades formativas con los menores (alimentación, hábitos higiénicos, educación afectivo-sexual...).  
Dados los recelos que suele provocar la relación con los menores inmigrantes en cuanto a enfermedades transmisibles, se realizará apoyo y formación a los educadores de los centros de acogida en cuanto a las medidas universales de protección y los riesgos reales ante enfermedades infecciosas.
- Se debe abrir una **historia de salud** (en formato papel o historia de salud electrónica imprimible dependiendo de la ZBS) en la que se incluya la hoja del informe de salud del menor residente en CAI/CAME (Anexo 2), que es conveniente mantener actualizada para facilitar su envío a otro centro en caso de traslado.
- Se utilizará la **Cartilla de Salud Infantil** como documento individualizado y personal del menor, donde se registrarán los datos de interés para su salud: vacunaciones, datos antropométricos, enfermedades, antecedentes, pruebas complementarias etc.

- Los equipos de atención primaria que tengan trabajador/a social, podrán contar con éste profesional en las actividades de coordinación, definición de los protocolos de coordinación, intervención con los menores, etc.

### **Traslados**

En las situaciones en que el menor cambie de centro de protección, se solicitará información sobre la historia de salud del menor (Anexo 1) a la Gerencia de Atención Primaria o Gerencia de Servicios Sanitarios correspondiente.

Es importante establecer un circuito administrativo que agilice el envío interno de las historias de salud ante los cambios de centro (papel o electrónica), o en su defecto los informes de salud que faciliten la continuidad de la atención.

Desde la Gerencia se solicitará al facultativo correspondiente, que envíe el informe de salud por traslado (Anexo 2) en un plazo no superior a 48 horas.

Una vez recibido el informe, la Gerencia lo remitirá vía Fax ó e-mail, con la mayor brevedad posible al pediatra / médico de familia asignado y si fuera preciso al nuevo centro de protección (CAI/CAME) y/o a la D.G. de Protección del Menor y la Familia.

La información solicitada a las Gerencias se dirigirá a la atención de:

<b>ISLA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>FAX</b>
<b>El Hierro</b>	<b>Dña. M<sup>a</sup> Candelaria Quintero Padrón</b> <a href="mailto:candelariaquinteropadron@gobiernodecanarias.org">candelariaquinteropadron@gobiernodecanarias.org</a>	<b>922 55 35 31</b>	<b>922 55 03 30</b>
<b>La Gomera</b>	<b>Dña. Carmen Rosa Rivero González</b> <a href="mailto:carmenrosa.riverogonzalez@gobiernodecanarias.org">carmenrosa.riverogonzalez@gobiernodecanarias.org</a>	<b>922 14 02 00</b>	<b>922 87 00 21</b>
<b>La Palma</b>	<b>D. Francisco Javier Gómez Aragón</b> <a href="mailto:fgomara@gobiernodecanarias.org">fgomara@gobiernodecanarias.org</a>	<b>922 41 82 12</b>	<b>922 41 65 63</b>
<b>Tenerife</b>	<b>Dña. M<sup>a</sup> Jesús Navas Botran</b> <a href="mailto:mariajesus.navasbotran@gobiernodecanarias.org">mariajesus.navasbotran@gobiernodecanarias.org</a>	<b>922 47 09 77</b>	<b>922 47 09 38</b>
<b>Gran Canaria</b>	<b>D. Ricardo Redondas Marrero</b> <a href="mailto:ricardo.redondasmarrero@gobiernodecanarias.org">ricardo.redondasmarrero@gobiernodecanarias.org</a>	<b>928 30 83 85</b>	<b>928 30 83 83</b>
<b>Fuerteventura</b>	<b>D. Julio Martínez Pérez</b> <a href="mailto:jmarper@canariassalud">jmarper@canariassalud</a>	<b>928 86 21 16</b>	<b>928 86 21 37</b>
<b>Lanzarote</b>	<b>D. Baltasar Gómez Rueda</b> <a href="mailto:baltasar.gomezrueda@gobiernodecanarias.org">baltasar.gomezrueda@gobiernodecanarias.org</a>	<b>928 59 56 70</b>	<b>928 59 50 75</b>

## **5.2 ATENCIÓN A MENORES INMIGRANTES ACOMPAÑADOS**

Este colectivo suele acudir habitualmente a los servicios de Urgencias y puntos de atención continuada, por lo que resulta básico el insistir en que soliciten la TSI.

Se utilizarán “folletos” informativos en varios idiomas con los requisitos necesarios para solicitar la Tarjeta Sanitaria individual (TSI), incluyendo la documentación precisa para la solicitud de persona sin recursos económicos suficientes (formulario F6).

### **5.2.1 Atención Administrativa**

#### ***Solicitud de TSI***

Los menores inmigrantes tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los menores de nuestra CCAA, es decir, si ni sus padres o familiares de 1º o 2º grado tienen cartilla de la seguridad social, mediante la tramitación de la solicitud como persona sin recursos económicos suficientes (F6) lo que supone que sus padres/madres o tutores legales no coticen a la Seguridad Social y estén en esta situación. (Anexo 3: Documentación para solicitud de TSI mediante F6).

#### ***Solicitud de consulta***

Una vez tramitada su tarjeta sanitaria, pasan a ser atendidos como el resto de los menores de nuestra CCAA, valorando individualmente su situación de salud en función de su país de procedencia y ruta migratoria, según se describe en el apartado siguiente.

#### ***Traslados***

Se actuará de igual forma que con el resto de los ciudadanos solicitando la historia al centro de salud de referencia.

## 6. ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL

### 6.1 Atención Sanitaria a menores inmigrantes

El Programa de Salud Infantil incluye un área temática específica de atención al niño inmigrante, en aras de la operatividad se resumen aspectos a valorar en la anamnesis, exploración física, exámenes complementarios y patologías prevalentes.

ANAMNESIS	
<b>1. Antecedentes</b>	<p><b>Antecedentes familiares</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Enfermedades hereditarias</li><li>▪ Consanguinidad paterna</li><li>▪ Hemoglobinopatías</li><li>▪ Déficit enzimático (lactasa)</li><li>▪ Patología infecciosa (VIH)</li></ul> <p><b>Antecedentes Personales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>Embarazo</u> controlado o no, posibilidad transmisión perinatal de infecciones de elevada prevalencia en las zonas de origen: Hepatitis B, VIH, sífilis, malaria...</li><li>▪ <u>Enfermedades previas y tratamientos recibidos</u>: enfermedades febriles, diarreas o respiratorias. Se ha de preguntar por la administración de medicación intramuscular y transfusiones de hemoderivados.</li><li>▪ <u>Alergias</u> (no confundir con el prurito que produce la cloroquina en individuos de raza negra)</li><li>▪ <u>Vacunaciones</u>: ver Anexo 6: Vacunación en menores inmigrantes (pág. 27)</li></ul>
<b>2. Historia actual</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>País de origen</u>, zona rural o urbana, costa-interior, desierto-sabana-selva-montaña.</li><li>▪ <u>Ruta migratoria</u> y condiciones del viaje (hacinamiento)</li><li>▪ <u>Tiempo de permanencia en nuestro país</u>: fecha de llegada a España y viajes recientes a su país de origen</li><li>▪ <u>Interrogatorio por órganos y aparatos incidiendo en</u>: prurito, fiebre intermitente, dolor abdominal, exantemas y diarrea (resulta muy importante ya que los familiares pueden estar tan habituados a observar esos signos/síntomas que no los refieran de forma espontánea).</li><li>▪ <u>La malaria</u> tiende a manifestarse de forma típica en menores de cinco años pero, según se adquiere la inmunidad parcial, se puede presentar simplemente como diarrea, cefalea o febrícula.</li><li>▪ Preguntar si toma algún <u>tratamiento específico</u> (antiparasitarios o quimioprofilaxis de la malaria) o sigue alguna práctica popular.</li><li>▪ <u>Apoyos familiares/sociales</u> (composición núcleo familiar)</li><li>▪ <u>Condiciones de vida</u>: nivel de integración social, lugar de residencia, nº de convivientes, condiciones de habitabilidad de la vivienda, convivencia con animales. Indagar si hay tosedores crónicos o inmunodeprimidos.</li></ul>

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe realizar una primera exploración lo antes posible desde su llegada al país.  
Si no se conoce la edad cronológica hay que intentar establecerla a través de la edad ósea.

<b>1. Somatometría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso, talla, IMC. (Perímetro cefálico en &lt; 2 años)</li> <li>- Si existe retraso ponderoestatural y no se observa recuperación (catch-up) en seis meses se debe plantear un estudio más detallado.</li> <li>- Es más valorable la velocidad de crecimiento que la valoración inicial aislada</li> </ul>
<b>2. Audición</b>	Otoscopia. Audición subjetiva: cuchicheo, chasquido de dedos. Cuestionario audiológico Prog. Salud Infantil ( 9 meses, 18 meses, 4 años)
<b>3. Visión</b>	Oftalmoscopia (conjuntivitis por clamidia trachomatis, corioretinitis en la oncocercosis, loa loa, microfilarias de OV en cámara anterior del ojo). Agudeza visual (Optotipos), descartar estrabismo.
<b>4. Piel y mucosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Escara de la BCG</u> en región deltoidea o muslo (diferenciar de queloides)</li> <li>- <u>Palidez de piel y mucosas</u> como síntoma de anemia, la anemia más frecuente a nivel mundial es la ferropénica. Pensar también en talasemia y drepanocitosis. La incidencia de hemoglobinopatías es elevada en Africa, entre el 40% y el 50% de la población de Africa tropical es portadora del gen de la drepanocitosis.</li> <li>- <u>Oncocercosis</u>: provoca piel de leopardo, lesiones hipo e hiperpigmentadas, y presbidermia, o envejecimiento prematuro de la piel en los estados avanzados. Los oncocercomas hay que buscarlos en el tejido subcutáneo (sobre las eminencias óseas sobre todo), duros de hasta 5 cm. y adheridos a planos profundos.</li> <li>- <u>Lepra</u>: máculas anestésicas hipopigmentadas o ya ulceradas</li> <li>- <u>Lesiones micóticas, escabiosis y pediculosis</u>: lesiones de rascado</li> <li>- <u>Filariasis</u>: linfedemas, sobre todo en extremidades inferiores, edema de calabar en Loa loa (transitoria y migratoria, tronco y extremidades).</li> <li>- <u>Lesiones ulceradas</u>: leishmania, micobacterosis (úlceras tropical Buruli)</li> <li>- <u>Miasis furúnculares</u>: producidas por una larva (proceso autolimitado)</li> </ul>
<b>5. Adenopatías</b>	Adenopatías posterocervicales (signo Winterbotton) en la tripanosomiasis.
<b>6. Abdomen</b>	Las masas y visceromegalias (esplenomegalia, hepatomegalia) han de ser buscadas y analizadas dentro de todo el contexto del menor (paludismo, leishmaniosis, enfermedad de Chagas, anemias, neoplasmas, hepatitis virales crónicas, fiebre tifoidea, esquistosomiasis, hidatidosis). El dolor abdominal o la dilatación intestinal (objetivada como una masa en la exploración) puede aparecer en algunas parasitosis intestinales (Ascaris lumbricoides).
<b>7. Exploración cardiorespiratoria</b>	Tensión arterial y frecuencia cardíaca. Soplos compensatorios de un estado anémico (paludismo, hemoglobinopatías) estertores en un cuadro de asma atípico o pulsos periféricos alterados. Signos de bronquitis o neumonía, tuberculosis.
<b>8. SNC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Valoración del desarrollo psicomotor</u> hasta los 5 años mediante la tabla Haizea – Llevant. Realizarlo a su llegada y repetirlo a los seis meses para valorar cambios.</li> <li>- Hay que considerar los <u>trastornos ansiosos y depresivos</u> entre los adolescentes inmigrantes que no se adaptan al nuevo entorno.</li> <li>- Hay enfermedades infecciosas que producen alteraciones del SNC: malaria, enfermedad de Chagas, enfermedad del sueño...</li> <li>- La epilepsia tardía puede ser un síntoma de <u>cisticercosis</u>.</li> <li>- Atención a meningitis bacteriana en menores africanos (cayuco).</li> </ul>
<b>9. Aparato locomotor</b>	En menores de raza negra puede haber una <u>hiperlordosis fisiológica</u> marcada.
<b>10. Genitales</b>	<u>La mutilación genital femenina</u> constituye un delito, no debe tomarse como costumbre tradicional y existe obligación legal de ponerlo inmediatamente en conocimiento del Ministerio Fiscal, Juez de Instrucción o funcionario de policía. (suele realizarse cuando las niñas tienen entre 4 y 8 años). Ante la sospecha de intento de realización (viaje) debe igualmente notificarse.
<b>11. Boca</b>	Enfermedad periodontal, caries, maloclusiones.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

**No se harán de rutina a todo menor inmigrante , se solicitarán en función de la anamnesis, exploración física, tiempo de residencia en nuestro país y procedencia (país de origen).**

<p><b>1. Analítica de sangre</b></p>	<p><u>1.1 Test de metabolopatías</u> en menores de un año, para descartar hipotiroidismo y fenilcetonuria</p> <p><u>1.2 Hemograma (recuento y fórmula)</u>                  Son frecuentes las hemoglobinopatías                  Hay riesgo en niños con déficit de 6-fosfato-deshidrogenasa al tomar determinados fármacos (primaquina, fenacetina, cloranfenicol, vitamina K) o leguminosas (habas), de que se produzca una crisis hemolítica aguda.</p> <p><u>1.3 VSG</u></p> <p><u>1.4 Bioquímica básica:</u> glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, AST/ALT, GGT, fosfatasa alcalina y ferritina                  Es muy frecuente encontrar raquitismos carenciales en adolescentes asiáticos</p> <p><u>1.5 Serologías</u>  <u>Hepatitis B y C:</u> en niños procedentes del Sudeste asiático y África subsahariana. Conviene repetirla a los 6 meses en caso de resultar negativa ( posibilidad de periodo “ventana”).  <u>VIH:</u> en los procedentes del Sudeste asiático, Europa del Este y África subsahariana  <u>Lues:</u> recomendado en procedentes del África subsahariana y en casos de adopción internacional y adolescentes</p> <p><u>1.6 Otros.</u> En función de los datos obtenidos de la primera evaluación                  Búsqueda de parásitos en orina si hay eosinofilia marcada o hematuria sin otras causas                  Estudio de filariasis                  Estudio de hemoglobinopatías                  Plomo sérico, sobre todo en provenientes de Europa del Este y China.                  Toda fiebre debe ser sospechosa de Paludismo y se debe insistir en la búsqueda del plasmodium (test inmunológico en sangre periférica)</p>
<p><b>2. Analítica de orina</b></p>	<p>Sistemático de orina a los procedentes del África subsahariana.                  Si hay sospecha de esquistosomiasis (microhematuria, y/o dolor pélvico) solicitar en Orina de 24 horas.</p>
<p><b>3. Analítica de heces</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En menores procedentes de Sudamérica y África.</li> <li>✓ Se solicitan tres muestras tomadas en días alternos</li> <li>✓ Se solicitará a menores con diarreas prolongadas o crónicas, si existe eosinofilia periférica o asma atípica</li> <li>✓ Generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de permanencia en nuestro entorno.</li> <li>✓ Las grandes excepciones son Taenia solium, Schistosoma spp, stroglyoides stercolaris y entamoeba histolítica que se pueden encontrar hasta dos años después de estar en nuestro país</li> </ul>
<p><b>4. Mantoux</b></p>	<p>No está indicada su realización sistemática en niños sin factores de riesgo</p> <p style="text-align: center;">Para más información ver Anexo 7: pág. 31.</p>



## PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL MENOR INMIGRANTE

Los inmigrantes en general no llegan enfermos a España, su vulnerabilidad empieza en el país receptor, por los hábitos y situaciones sociales adquiridas, las malas condiciones laborales y de vivienda y los pocos apoyos familiares y sociales, con las consiguientes repercusiones psicológicas.

### 1. Enfermedades infecciosas

La posibilidad de diseminación de posibles patógenos importados por los inmigrantes a la comunidad que les acoge, es muy pequeña. Es más frecuente, sin embargo, que el emigrante adquiera enfermedades propias de nuestro medio.

Sin embargo, una serie de enfermedades pueden suponer, a muy largo plazo, un riesgo potencial y manifestarse muchos años después (lepra, tuberculosis, sífilis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, hidatidosis, estrombiloidosis, toxoplasmosis, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, tripanosomiasis africana, hepatitis virales, VIH, HTLV-1)

	Frecuentes	Menos frecuentes
ÁFRICA	TBC, Hepatitis, ITS, VIH, parásitos intestinales, filariasis, paludismo	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, esquistosomiasis, estrombiloidiasis, cisticercosis, leishmania y enfermedad del sueño
LATINOAMÉRICA	TBC, hepatitis y cisticercosis	Meningitis meningocócica, cólera, fiebres virales hemorrágicas(dengue), lepra, ITS, VIH, parásitos intestinales, estrombiloidiasis, paludismo, leishmaniasis y enfermedad de Chagas
ASIA	TBC y hepatitis	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, ITS, VIH, parásitos intestinales, esquistosomiasis, estrombiloidiasis, filariasis hemolinfáticas, paludismo, cisticercosis y leishmaniasis
EUROPA DEL ESTE	TBC, hepatitis, ITS, cisticercosis y leishmaniasis	

### 2. Enfermedades no infecciosas

Anemia hemolítica: déficit de G-6-PDH y hemoglobinopatías. Existe una alta prevalencia de hemoglobinopatías de distribución similar a la malaria.

Déficit de lactasa: se encuentra en más del 80% de los nativos australianos, americanos, del África tropical y del Este y Sudeste de Asia. También muy prevalente en los afroamericanos.

Malformaciones congénitas/ Enfermedades hereditarias: debido a algunas tradiciones culturales en algunos países los matrimonios entre familiares son frecuentes, ocasionando una alta prevalencia de malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias

### 3. Enfermedades no diagnosticadas previamente

Enfermedades carenciales: retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico-proteica y anemias ferropénicas, o de otro tipo (raquitismo). Es de especial importancia la elevada incidencia de infección crónica por citomegalovirus asociada a malnutrición que se ha encontrado en algunos estudios

Enfermedades por ausencia de medicina preventiva previa: caries dental, enfermedades vacunables, defectos sensoriales, defectos del aparato locomotor, cardiopatías congénitas

Enfermedades crónicas: asma, alergia alimentaria, diabetes mellitus

Enfermedades mentales: ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos

## 6.2 Atención social al menor inmigrante desde la atención primaria de salud

La experiencia migratoria conlleva un estrés psicológico y emocional importante, la pérdida de familiares y amigos, las dificultades para instalarse y adaptarse a la sociedad de acogida, etc. La necesidad de atención social viene dada en el contexto sanitario por la realidad social de los inmigrantes, es decir, las circunstancias sociales en las que viven, que les sitúan en una situación de vulnerabilidad social y mayor susceptibilidad para enfermar, en razón de las situaciones sociales como:

- **Situación familiar:** ausencia de familiares porque se han quedado en el país de origen. La ausencia de familia puede generar diversas problemáticas sociales.
- **Situación de la red social de apoyo:** deficitaria o inexistente.
- **Situación legal:** personas que no disponen de permiso de residencia y que por tanto se encuentran desprotegidas y son susceptibles de encontrarse con situaciones abusivas en el ámbito laboral y de la vivienda, situaciones que pueden terminar en problemas físicos, mentales, etc.
- **Dificultades culturales:** El conocimiento o no del idioma de la sociedad de acogida, que puede llevar al aislamiento social, dificultades de integración, etc.
- **Situación de la vivienda:** es uno de los problemas más importantes en la población inmigrante, como el hacinamiento y deficiencias en el suministro de agua y luz. Esto influye enormemente en su estado de salud.
- **Situación económica** y laboral: condiciones precarias (en muchas ocasiones desarrollan tareas inferiores a las que por su formación podrían desarrollar), inestabilidad laboral. Tienen que afrontar gastos económicos tanto en el país de acogida como enviar a la familia que quedó en el país de origen.
- **Estrés psicosocial:** Se produce lo que se denomina el *duelo migratorio*. (sentimiento de pérdida de la familia, la lengua, la tierra, la cultura, ...).

Se derivarán al trabajador/a social de atención primaria de salud (Aps) aquellos menores que requieran de una intervención social, siguiendo los criterios de derivación que se especifican a continuación y teniendo en cuenta que no todos los menores inmigrantes por el hecho de serlo, son objeto de intervención social.

La **derivación** al Trabajador/a Social del EAP se realizará preferiblemente mediante **interconsulta** explicando el motivo de la misma y facilitando la solicitud de cita previa salvo excepciones

### **Derivación al Trabajador/a Social del EAP: Menores inmigrantes acompañados**

Los profesionales del EAP (personal administrativo, pediatra, enfermera, médico de familia) realizarán derivación a la TS de Salud cuando:

- Existan criterios de riesgo según recoge el Programa de Salud Infantil.
- Exista una demanda explícita y justificada de los padres o responsables del menor de asesoramiento, dificultad o miedo con las gestiones de la TSI, de información sobre sus derechos. Entre las demandas más habituales están:
  - Dificultad en el trámite de documentación (DNI, empadronamiento, pensiones, etc.)
  - Problemas en la escolarización.
  - Obstáculos en el acceso a la vivienda.
  - Precariedad económica, vinculada con la dificultad para costear la medicación.
  - Problemas de soledad y aislamiento.
  - Necesidad de apoyo emocional, duelo, etc.

## ***Derivación a la Trabajadora Social: Menores inmigrantes no acompañados***

### **Menores inmigrantes que están tutelados por la DG Menor y Familia**

En cada zona básica de salud se establecerá la coordinación necesaria con los profesionales del centro de atención donde residen los menores con el objeto de garantizar la atención a los problemas de salud crónicos u otras circunstancias especiales de los menores acogidos, siguiendo los mismos criterios de derivación definidos anteriormente.

## **7. INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A MENORES INMIGRANTES**

### ***Recomendaciones a los educadores para garantizar la correcta atención a la salud de los menores en la Institución:***

- Los educadores de los centros de protección garantizaran los cuidados sanitarios: controles, alimentación, higiene..., que a recomendación de los profesionales sanitarios (pediatra/médico de familia y enfermera/o) se indiquen.
- Aquellas observaciones y valoraciones que se realicen de la situación del niño especialmente la psicológica deberán ser aportadas al pediatra y/o médico/a de familia responsable, con la finalidad de contribuir a establecer todas aquellas actuaciones que sean necesaria (pruebas complementarias, derivación a otros especialistas...) como a proponer el plan de cuidados lo más ajustado posible a la situación del menor.
- En la atención a los menores inmigrantes no supone un especial riesgo sanitario la posible transmisión de enfermedades procedentes de su país de origen, ya que las enfermedades tropicales, no están presentes en nuestro medio y en general son benignas y autolimitadas. Las posibilidades de transmisión de dichas enfermedades son remotas dada la relativa pobreza ecológica de nuestro país en relación con vectores de transmisión y en comparación con los ricos ecosistemas tropicales. A lo que se debe añadir las medidas de higiene pública eficaces existentes en nuestro medio, como la potabilización del agua y la eliminación de excretas.
- En cuanto a las enfermedades presentes en nuestro medio, pero mucho más prevalentes en sus países de origen, como la tuberculosis o el VIH, se deben utilizar las medidas universales de prevención. Desde la atención sanitaria que se les presta se realizará el cribado de estas patologías, si bien no debemos olvidar la obligatoriedad de garantizar la confidencialidad. (ver Marco Normativo, pág.7)
- Se recomienda que a todos los trabajadores de los centros (CAI/CAME) se les realice la prueba de Mantoux, dentro del examen de salud que se realice por el Servicio de Prevención de la empresa en el momento de incorporarse al puesto de trabajo. También sería recomendable que se les vacune frente a la Hepatitis B, la gripe (campaña anual), y como cualquier adulto frente al tétanos y difteria.

**ANEXOS:**

- 1. Modelo de solicitud de información a la Gerencia para petición de Informe de salud**
- 2. Informe de Salud por traslado**
- 3. Documentación para solicitud de TSI mediante F6. Contactos Servicio de Tarjeta Sanitaria de las Gerencias**
- 4. Registro de atención a inmigrantes no acompañados en centro de salud y servicio de urgencias**
- 5. Listado de centros para menores inmigrantes no acompañados y centros de salud de referencia**
- 6. Vacunaciones en menores inmigrantes**
- 7. Diagnóstico de infección tuberculosa y tratamiento en menores inmigrantes**

Anexo 1.-  
**Modelo de solicitud de información a la Gerencia para petición de Informe de salud**



<b>TELEFAX</b>	
<b>SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE MENORES INMIGRANTES RESIDENTES EN C.A.I. / C.A.M.E.</b>	
<b>DESTINATARIO:</b>	<i>GERENCIA DE</i> A/A:
<b>Número de Fax:</b>	<b>92 .....</b>
<b>REMITENTE:</b>	
<b>Departamento:</b>	<b>ATENCIÓN SANITARIA A MENORES INMIGRANTES</b>
<b>Número de Fax:</b>	<b>92 .....</b>
<b>Total páginas que incluye la cubierta:</b>	
<b>Asunto:</b>	<p>Le informamos que el/la menor:            .....            con nº de historia de salud ..... ha sido trasladado de Centro de Protección de Menores.</p> <p>Su nuevo centro de salud de referencia es            ..... , ha sido adscrito al Dr./Dra.....</p> <p>Con el fin de proteger su salud, rogamos nos remitan la información sanitaria de dicho menor.</p>
..... , a.....de.....de.....	



### Anexo 3.-

## Documentación a aportar para la emisión de tarjeta sanitaria individual mediante el formulario F6

### Menores inmigrantes acompañados

- Fotocopia del libro de familia o certificado de nacimiento.
- Solicitud F6, TA1, TA2, firmado por el padre/madre, tutor/a o representante legal.

#### A nombre de los padres :

- Certificado de Hacienda o fotocopia de la última declaración de la renta.
- Certificado de bienes inmuebles(Catastro).
- Certificado de convivencia donde esté incluido el menor.
- En su defecto, por imposibilidad de obtener los certificados anteriores, se pedirá informe social de dicho menor, realizado por el trabajador/a social de cualquier institución social, benéfica o centro de salud de la red pública.

### Menores inmigrantes no acompañados

- Documento del centro de acogida que acredita que se encuentra institucionalizado.
- Solicitud F6

## AREAS DE SALUD: Departamentos de Tarjeta Sanitaria

La aclaración de dificultades vinculadas a la solicitud de TSI se realizará a través de las/os responsables de Tarjeta Sanitaria de las Gerencias, cuyo listado es el siguiente:

### Profesionales de referencia

#### **Área de Salud de Tenerife**

Dña. Adoración García Sánchez, teléfono de contacto 922 68 71 91

#### **Área de Salud de Gran Canaria**

D. Jose M. Reyes González, teléfono de contacto: 928 30 83 91

#### **Área de Salud de El Hierro**

Dña. M<sup>a</sup> Candelaria Quintero Padrón, teléfono de contacto: 922 55 35 05

#### **Área de Salud de La Gomera**

Dña. Carmen Rosa Rivero González, teléfono de contacto: 922 14 02 00

#### **Área de Salud de La Palma**

Dña. M<sup>a</sup> Soledad Henríquez Rodríguez, teléfono de contacto: 922 18 51 22

#### **Área de Salud de Lanzarote**

Dña. Asunción Cabrera Martín, teléfono de contacto: 928 59 56 67 / 66

#### **Área de Salud de Fuerteventura**

Dña. Sara Ruiz Ortega, teléfono de contacto: 928 86 21 32 / 20 21





**Anexo 5.-Centros de acogida a menores inmigrantes y centros de salud de referencia (actualizado a Octubre de 2006)**

**TENERIFE:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
CAME I EL PORTEZUELO	Ctra. El Portezuelo nº 30. La Laguna	922 63 82 67	C.S. Laguna Géneto Tél: 922 31 57 30 /31 58 60
CAME II GRANADILLA	C/Montaña del Lugar nº 22.Granadilla	922 77 03 13/ 650 47 14 12	C.S. Granadilla Tél: 922 77 44 20/21/22
CAME III TACORONTE	C/Cruz de Caridad nº 42-1º. Tacoronte	922 57 08 48 / 650 47 14 12	C.S. Tacoronte Tél: 922 57 33 40 /41
CAME IV GENETO	C/ EL Huron nº 27. La Laguna	922 26 51 97/ 650 47 14 12	C.S. Laguna Géneto Tél: 922 31 57 30 /31 58 60
CAME V TARABILLA	Finca Taco S/N. Buenavista	922 12 74 12 / 678 21 98 35	C. S. Icod Tél: 922 81 57 20 /21
CAME VI SAN MIGUEL DE ABONA	Valeria s/n, Barrio Aldea Blanca. San Miguel de Abona	922127412.	C.S. Granadilla Tél: 922 77 44 20/21/22
CAME VII LA CALDERETA	C/ Piedra Hincada nº 1, Finca Polo Guía de Isora	685545292	C.S. Granadilla Tél: 922 85 30 40
CAME VIII, CENTRO LA CALETA	La Caleta. C/ Guimar n 48 Guimar	600558432	C.S. Guimar Tél: 922 51 45 70
CAME IX, CENTRO HOGAR LA MONTAÑETA	San Francisco de la Montañeta, Garachico	922 83 05 92 / 647 32 12 67	C. S. Icod Tél: 922 81 57 20 /21
DEAMENAC TEGUESTE	Ctra. Gral. Tegueste		C.S. Tejina Tél: 92254 63 60/61
DEAMENAC LA ESPERANZA	La Esperanza	667 78 75 24	C.S. Laguna Géneto Tél: 922 31 57 30 /31 58 60

**GRAN CANARIA:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
CAME LA ISLETA	C/ Tamadaba nº 8	928 47 45 22	C.S. Puerto / 928 48 89 03
CAME PILETILLAS	Carretera Telde-Ingenio Km. 20,2 Piletillas Telde	658 83 34 44	CS San Gregorio/928 70 30 18/08
CAME VALSEQUILLO			C.S. Valsequillo / 928 57 19 91
CAME SIETE PUERTAS	C/ La Palma s/n, carretera La Calzada		C.S. Tafira / 928 28 70 99
CAME SAN MATEO	Crtra. La Higuera nº 34 San Mateo	658 83 34 53	C.S. San Mateo / 928 66 18 31
C.A.I. TAFIRA	Lomo Sto Domingo s/n. El Fondillo	677 94 35 48	C.S. Tafira / 928 28 70 99
DEAMENAC AGUIMES	C/ Añepa esquina titogan. Polígono Industrial de Arinaga. Aguimes		C.S. Aguimes / 928 78 98 41

**LANZAROTE:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
CAME I-1ª ACOGIDA	Autovia Arrecife-Yaiza Km. 5,8 San Bartolome		C.S. San Bartolomé / 928 52 22 65
CAME II **	Autovia Arrecife-Yaiza Km. 5,8 San Bartolome		C.S. San Bartolomé / 928 52 22 65

\*\* C/ Garcia Escamez S/ N Arrecife.

**FUERTEVENTURA:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
PAIME	LLANOS PELADOS. PTO DEL ROSARIO		C.S. Puerto del Rosario / 928 85 95 50

**LA PALMA:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
LAS NIEVES	Lomo del Centro nº 21 La Dehesa C:P: 38700 Santa Cruz Palma	922 41 38 57	C.S. S/C Palma / 922 41 80 27
EL TANQUITO	C/ Navarra nº 11 El Tanquito C.P. 38700 S/C Cruz Palma	679 41 57 11	C.S. S/C Palma / 922 41 80 27
EL RETAMAR	C/ La Zarza nº 9 Zona La Carrilla C.P. 38760 Los Llanos de Aridane	922 401738	C.S. Los Llanos / 922 40 30 70
EL VALLE	C/ Pedro Miguel Hernández Camacho nº 86 bajo A C.P. 38760 Los Llanos de Aridane	680 44 54 14	C.S. Los Llanos / 922 40 30 70

**LA GOMERA:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
HOGAR VALLEHERMOSO	C/ Triana nº 8 C.P. 38840 Valle Hermoso	922 80 00 55	C.S. Vallehermoso / 922 80 11 86

**EL HIERRO:**

CENTRO	DIRECCION	TELEFONO	CENTRO SALUD REFERENCIA / TÉL.
RESIDENCIA ESCOLAR DE VALVERDE	C/Simón Acosta 4 VALVERDE	922 55 10 10	C.S. Valverde / 922 55 05 25

## Anexo 6.- Vacunación en menores inmigrantes

Canarias ha sido siempre un lugar de encuentro, de tolerancia y de convivencia entre diferentes culturas, lo que nos ha convertido en un pueblo plural. Desde hace mucho tiempo, ciudadanos/as de diversos países del continente europeo han elegido nuestra tierra como lugar en el que vivir su jubilación. Sin embargo, en los últimos años, frente a esta inmigración voluntaria ha aparecido una nueva forma de inmigración mediante la cual, personas desesperadas procedentes de países pobres llegan de diversas maneras, a nuestro territorio. Dentro de esta inmigración forzada, también se van produciendo ciertos cambios, así, frente a la clásica procedente de los países del Magreb, se ha unido la de ciudadanos/as procedentes de la región subsahariana, de Latinoamérica y de países del este de Europa. Al mismo tiempo, el incremento verificado en los mecanismos de adopción internacional ha significado otra nueva forma de inmigración que hay que evaluar a la hora de establecer políticas integrales de salud pública.

En el enfoque de esta nueva situación no nos podemos quedar únicamente en la mirada de país receptor, ejecutando actividades que preserven nuestra salud, sino que también hay que situarse en el campo de visión de los que se han visto obligados a emigrar, suministrándoles los elementos que les permitan alcanzar un adecuado nivel de salud.

Desde esta perspectiva, la prevención de las enfermedades transmisibles mediante actividades regladas de vacunación, toma un papel fundamental.

Esta actividad se articula principalmente en el desarrollo de Calendarios Vacunales, los cuales no son más que el establecimiento de un orden cronológico y de número de dosis que se va a aplicar sobre la población diana, una vez definida esta. Deben ser adaptados a la realidad epidemiológica del territorio donde se van a aplicar y a las necesidades de los/as receptores, flexibles y con el menor número posible de actos vacunales.

En la elaboración de estrategias vacunales frente a la población inmigrante habrá que tener en cuenta una serie de determinantes que actúan sobre la salud de esta población. Así, la misma se caracteriza por una gran heterogeneidad derivada de la diferente historia, cultura, educación y situación sociosanitaria de los distintos países de procedencia. Al mismo tiempo, la mayoría de estos disponen de Sistemas de Salud Pública rudimentarios, con escasos recursos públicos y una ausencia clara de cultura de la prevención. Los Calendarios Vacunales de varios territorios de procedencia de los/as inmigrantes, presentan a su vez varios problemas: Varían dentro de una misma zona geográfica y solamente tienen las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la OMS. Esto implica que varias enfermedades incluidas en nuestros programas de vacunación siguen teniendo una alta prevalencia en algunos de estos países. Por otro lado, las coberturas que consiguen suelen ser muy deficitarias, y además, cada lugar presenta diferentes características epidemiológicas, en cuanto a las enfermedades prevenibles por vacunación.

Es por lo tanto lógico pensar, que los inmigrantes van a necesitar una **evaluación individual** que permita **actualizarlos al Calendario Vacunal vigente en nuestro territorio**.

Al mismo tiempo, los datos vacunales que nos traen los inmigrantes suelen ser por desgracia poco fiables, sobre todo los referidos a los procedentes de China, Rusia o países del resto de Europa del Este, siendo más exactos los procedentes de los países latinoamericanos, e inexistentes los de la región subsahariana. Hay que revisar de manera exhaustiva toda la información vacunal que nos aporten y verificar que viene suministrada por organismos oficiales, ya que en ocasiones puede no ser cierta, lo cual se puede comprobar en ocasiones, observando si las vacunas que aparecen como administradas, lo están en su momento adecuado y no por ejemplo antes de la fecha de nacimiento, si aparecen más dosis de las necesarias para su edad, o si se presentan determinadas vacunas aplicadas siempre el mismo día del mes, etc.

## CALENDARIO PROPUESTO

Antes de proceder a presentar el Calendario Propuesto, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Como paso previo a la inmunización, es necesario verificar una correcta anamnesis prevacunal, realizando preguntas relacionadas con la seguridad de las vacunas, de la misma forma que hacemos con nuestros niños/as.
2. Debemos entender como vacunación correcta la referida a nuestro Calendario Vacunal, ya que muchos inmigrantes pueden estar correctamente vacunados según su país de origen, y tener estos, calendarios de mínimos.
3. En ocasiones podemos encontrarnos con vacunas que no son administradas en nuestro país. Así, podemos ver a niños/as vacunados con la vacuna antisarampión monovalente, a los cuales deberemos vacunar con Triple Vírica, de la manera que describiremos a continuación.
4. Una situación a tener en cuenta es la que se produce cuando el inmigrante (y sobre todo sus hijos) vuelven temporalmente a su país, ya que pueden entrar en contacto con enfermedades frente a las cuales no han estado expuestos con anterioridad y no se encuentran inmunes. Es necesario que en estos casos y según las distintas situaciones, se proceda a determinadas vacunaciones y/o al establecimiento de otras estrategias preventivas

En general, para la actividad vacunadora a la población inmigrante, evaluaremos la edad y la posible documentación que aporten.

Si el inmigrante viene con documentación, y hemos comprobado la fiabilidad de la misma, las dosis de vacunas que aparezcan como administradas las consideraremos como válidas independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis, por lo que no iniciaremos una nueva pauta vacunadora. Es decir, no consideraremos un intervalo máximo entre dosis ("vacuna administrada, vacuna contada").

En estos casos y siguiendo la literatura científica, el **número de dosis mínimas** para considerar **correcta** la **vacunación** será la siguiente:

Edad	Tipo de Vacuna								
	TV	Tétanos	Difteria	Tosferina	HiB	Polio	HepB	MenC	Varicela
<24meses	1*	4	4	4	1-4**	4	3	1-3***	
24m - 6 a.	2*	4-5	4-5	4-5	1	4	3	1	
7- 18 a.	2	3	3			3	3	1	2****
>18 años	1	3	3			3		1	

\* En caso de recepción previa de vacuna antisarampión monovalente por encima de los 12 meses de vida, o de esta vacuna o Triple Vírica en menores de 12 meses, se administrará una dosis de Triple Vírica y otra más entre los 3 a 6 años de edad.

\*\* Según el comienzo de la vacunación. Así: <12 meses: 3-4 dosis; 12- 14 meses: 2 dosis; >15 meses: 1 dosis.

\*\*\* Según el comienzo de la vacunación. Así: 2-12 meses: dos dosis más un recuerdo a los 18 meses de edad.

\*\*\*\* Se vacunarán a los 13 años de edad a aquellos sin antecedentes de vacunación o padecimiento previo

### Intervalos mínimos entre dosis

Tipo de vacuna	Intervalo entre dosis			
	Entre 1ª y 2ª	Entre 2ª y 3ª	Entre 3ª y 4ª	Entre 4ª y 5ª
<b>DTP</b>	4 Semanas	4 Semanas	6 Meses	6 Meses
<b>Td</b>	4 Semanas	6 Meses	*6m/5a/10a	
<b>Polio</b>	4 Semanas	4 Semanas	4 Semanas	
<b>TV</b>	4 Semanas			
<b>Hepatitis B</b>	4 Semanas	8 Semanas (y 16 semanas de la 1ª dosis)		
<b>Varicela</b>	4 Semanas			

\* **Td:** Para esta vacuna el intervalo mínimo entre la 3ª y la 4ª dosis será de.

- **6 meses**, para los menores de 11 años en los que la 1ª dosis fue administrada antes del año de edad,
- **5 años** para los mayores o iguales a 11 años, que recibieron la 1ª dosis con un año o más y la 3ª se les administró antes de 7 años, y
- **10 años**, si la 3ª dosis se les administró con 7 o más años de edad

**HiB:** Para esta vacuna el intervalo mínimo entre la 1ª y la 2ª dosis es de **4 Semanas** si la 1ª dosis se administró antes del año de edad, y de **8 Semanas**, si la 1ª dosis se administró entre los 12-14 meses de edad. **Si la 1ª dosis se administró a los 15 meses de edad o más, no se necesitan más dosis.**

Entre la 2ª y 3ª dosis es de **4 Semanas** si la edad es menor de 1 año, y **de 8 Semanas** si la edad es mayor de 1 año y la 2ª dosis fue administrada antes de los 15 meses. Entre la 3ª y 4ª dosis, **de 8 Semanas**, solo para niños/as entre 1 y 5 años que recibieron 3 dosis antes del año de edad.

Si la población inmigrante no aporta documentación vacunal o esta no es fiable, los criterios a seguir deben tener en cuenta que se debe valorar cada caso en particular, y además debemos recordar que las características de esta población y su movilidad, obligan a analizar cuidadosamente la posibilidad de espaciar las dosis correspondientes para cada sesión, en días diferentes.

Como pautas generales podemos considerar:

#### Para los menores de 24 meses

Meses contados a partir de la 1ª visita						
0	1	2	4	6	12	24
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa	
Hep B		Hep B	Hep B			
Hib *		Hib	Hib		Hib	
Men C**		Men C			Men C***	
VPI		VPI	VPI		VPI	
TV****						

\* Según la edad de inicio de la vacunación: 0 a 5 meses: 4 dosis; 6 a 11 meses: 3 dosis; 12 a 14 meses: 2 dosis; 15 o más meses: 1 dosis.

\*\* Según la edad de comienzo de la vacunación: De 2 a 12 meses: 2 dosis separadas al menos 2 meses; más de 12 meses: 1 dosis

\*\*\* En aquellos primovacunados por debajo de los 12 meses, se administrará una dosis de recuerdo a los 18 meses de edad

\*\*\*\* A partir de los 15 meses de edad

### Para los comprendidos entre 24 meses a 6 años

Meses contados a partir de la 1ª visita						
0	1	2	4	6	12	24
DTPa		DTPa			DTPa**	DTPa**
Hep B		Hep B		Hep B		
Hib						
Men C**		Men C			Men C***	
VPI		VPI			VPI**	VPI****
TV	TV*					

\* La 2ª dosis se puede administrar en cualquier momento siempre que hayan transcurrido 4 Semanas de la administración de la 1ª dosis

\*\* A los 8-12 meses de la 2ª dosis

\*\*\* A los 12 meses de la 3ª dosis

\*\*\*\* Solo es necesario si la vacunación se inicio con VPO

### Para los comprendidos entre 7 y 18 años

Meses contados a partir de la 1ª visita						
0	1	2	4	6	12	24
Td	Td				Td*	
Hep B	Hep B			Hep B		
Varicela**	Varicela					
Men C						
VPI	VPI				VPI***	
TV						

\* La 3ª dosis se puede administrar indistintamente a los 6-12 meses de la 2ª

\*\* Se vacunarán a los 13 años de edad a aquellos sin antecedentes de vacunación o padecimiento previo

\*\*\* A los inmigrantes procedentes de países con casos de Polio, la 3ª dosis se administrará a los 6-12 meses de la 2ª

### Para los mayores de 18 años

Meses contados a partir de la 1ª visita						
0	1	2	4	6	12	24
Td	Td				Td*	
Men C						
VPI	VPI				VPI**	

\* La 3ª dosis se puede administrar indistintamente a los 6-12 meses de la 2ª

\*\* A los inmigrantes procedentes de países con casos de Polio, la 3ª dosis se administrará a los 6-12 meses de la 2ª

### Recursos en Internet

<http://www.msc.es>  
<http://www.aev.es>  
<http://www.cne.isciii.es>  
<http://www.aeped.es>  
<http://www.who.int/vaccines-surveillance>  
<http://www.cdc.gov/nip/publications/pink/default.htm>  
<http://www.vacunasaep.org/profesionales/calendarinter.html>

## Anexo 7. Diagnóstico de infección tuberculosa y tratamiento en menores inmigrantes

Aunque el flujo de población inmigrante presenta una prevalencia de infección superior a la población autóctona, en el momento de su llegada aportan muy pocos casos de tuberculosis. Acaban presentando la enfermedad en los primeros 5 años tras su llegada, por las condiciones de debilitamiento en las que con frecuencia se encuentran (hacinamiento, explotación, desnutrición). Las evidencias existentes sugieren que se debe actuar con las mismas medidas que en la población autóctona, es decir, intentando realizar una detección temprana de casos para conseguir su curación, e identificar los infectados con riesgo alto de desarrollar la enfermedad, para poder ofrecerles la quimioprofilaxis.

La prueba de tuberculina (intradermorreacción de Mantoux) constituye el único método aceptado para el diagnóstico de la infección tuberculosa y es el procedimiento recomendado. Esta prueba se lleva a cabo mediante la inyección intradérmica de 0,1 ml. de PPD (2 UT de PPD RT-23) en la cara anterior del antebrazo a 10 cm. de la flexura del codo. Se realiza con una aguja de acero calibre 27 de bisel corto girado hacia arriba y jeringa de plástico desechable, la administración debe ser intradérmica y debe producir una pápula fácilmente detectable.

El transporte, la conservación, la manipulación de la tuberculina y la variabilidad intra e interindividual de las lecturas pueden amenazar la validez de los resultados, por lo cual deben extremarse las precauciones. La solución contienen un estabilizador (Tween 80) que permite utilizar la tuberculina de un envase (multidosis) durante los 30 días siguientes a su apertura (es recomendable registrar la fecha de apertura del vial para controlar este periodo). La lectura debe hacerse a las 48 - 72 horas de la inyección, se mide el diámetro de la máxima induración, expresándose el resultado en mm.

### Interpretación de la prueba de Mantoux en menores <sup>2</sup>

**No vacunados con BCG: Positiva si induración  $\geq$  5mm.**

**Vacunados con BCG: Positiva si induración  $\geq$  15mm.**

**Contactos con bacilífero: induración  $\geq$  5mm. , esté o no vacunado**

**En infectados por VIH: cualquier tamaño de induración**

**La presencia de vesiculación, ulceración o necrosis son también criterio de infección, esté o no vacunado con BCG.**

Se debe tener en cuenta la posibilidad de falsos positivos (tabla1) y falsos negativos (tabla 2)

### Factores de riesgo que indican la realización de Mantoux

1. Menores con hallazgos radiológicos o clínicos (tos persistente, síndrome febril prolongado) que sugieran tuberculosis
2. Convivientes con personas con tuberculosis confirmada o sospechada
3. Niños con inmunodeficiencias o infectados por el VIH
4. Hijos de adictos a drogas por vía parenteral o de portadores de VIH.
5. Pacientes con lesiones cicatrizales nunca tratados
6. Estudio de contactos para detectar un caso índice
7. Grupos marginales, condiciones sociales de precariedad extrema, hacinamiento en la vivienda
8. Niños con antecedentes de viajes a países endémicos y/o contacto significativo con personas originarias de estos países.
9. Menores inmigrantes con < de 5 años de estancia en nuestro país, y procedentes de países endémicos de tuberculosis: Latinoamérica (Perú, República Dominicana, Bolivia, Ecuador) Marruecos y África subsahariana, Asia (China, Filipinas), Europa (Rumania, Rusia)
10. Residentes en instituciones cerradas. (CAI, CAME)

<sup>2</sup> Programa de Salud Infantil. Estos criterios podrían ser modificados en menores inmigrantes (Programa de Tuberculosis, D.G. Salud Pública)

Una vez diagnosticada la infección latente se recomienda descartar la enfermedad activa mediante la exploración física exhaustiva, el examen radiológico del tórax y la baciloscopia de esputo u otras muestras equivalentes. Es recomendable solicitar serología de VIH a cualquier paciente diagnosticado de tuberculosis, especialmente si procede de una zona endémica. En caso de negatividad a dicha prueba, y si existe ambiente epidémico de posible contagio, la prueba debería repetirse a las 10-12 semanas por la posibilidad de un falso negativo por encontrarse en anergia o en periodo prealérgico de la infección.

Los médicos con ejercicio profesional en los centros de atención primaria, centros de atención especializada y hospitales públicos y privados tienen la obligación de notificar la Tuberculosis al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, en los impresos correspondientes.

### **Tuberculosis en la infancia**

El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa en los niños, tiene en la mayor parte de los casos una especial dificultad al no poder demostrar el bacilo responsable en los productos y secreciones del paciente.

La infancia es un periodo en que la susceptibilidad a la enfermedad tuberculosa está aumentada en relación con los adultos, y durante el primer año de vida, el riesgo de infección se calcula cuatro veces mayor, descendiendo progresivamente hasta la edad de quince años. Esto es, porque el sistema inmunológico no está en su plena madurez, lo que unido a unas intensas relaciones familiares, la posible existencia de un foco infeccioso en un adulto próximo, hacen más vulnerable al niño. Ante una tuberculosis en un niño, siempre se deberá buscar un adulto enfermo próximo.

Por otra parte, debido a la escasa expresividad clínica del niño tuberculoso enfermo, las fases iniciales del proceso hacen que el mismo constituya un reservorio importante de la enfermedad. Estas características de alta susceptibilidad, escasa contagiosidad y reservorio importante, van a condicionar la estrategia a seguir en el tratamiento y control de la tuberculosis en la infancia.

El diagnóstico de infección tuberculosa en el niño se pone de manifiesto, como en el adulto, mediante la prueba de la tuberculina, y con los mismos criterios, tanto si está vacunado con BCG como si no lo está. Recordar que en caso de negatividad a dicha prueba, y si existe ambiente epidémico de posible contagio, la prueba debería repetirse a las 10-12 semanas.

La práctica rutinaria de la prueba de la tuberculina a toda la población infantil es discutida y en nuestro país desde el año 1991, dicha investigación masiva está desaconsejada. Sobre todo, en las comunidades como la nuestra en que la prevalencia de la infección tuberculosa dejó de ser superior al 1% de la población escolar.

No se considera necesario el estudio de contactos en un centro escolar si el enfermo es un niño no bacilífero. Solo en este caso, o bien cuando exista microepidemia (dos o más casos), o un adulto enfermo, se efectuará dicho estudio entre los compañeros de clase y contactos adultos del enfermo.

Frecuentemente la población inmigrante oculta las condiciones de hacinamiento en que viven (varias familias en un mismo piso, cada familia en una habitación) por lo que debe insistirse en la investigación, para que ante la aparición de un caso se informe y controle a todos los contactos.

El diagnóstico de la enfermedad suele ser de difícil confirmación por la inespecificidad de los síntomas en un comienzo. Se suelen indicar dos situaciones en las que conviene investigar la existencia de la enfermedad tuberculosa en un niño; por una parte, en la existencia de un enfermo adulto en el ambiente familiar o próximo y en otros casos, la presencia de un cuadro catarral de difícil resolución (más de 15 días), con tos, febrícula, pérdida de peso, anorexia, etc.

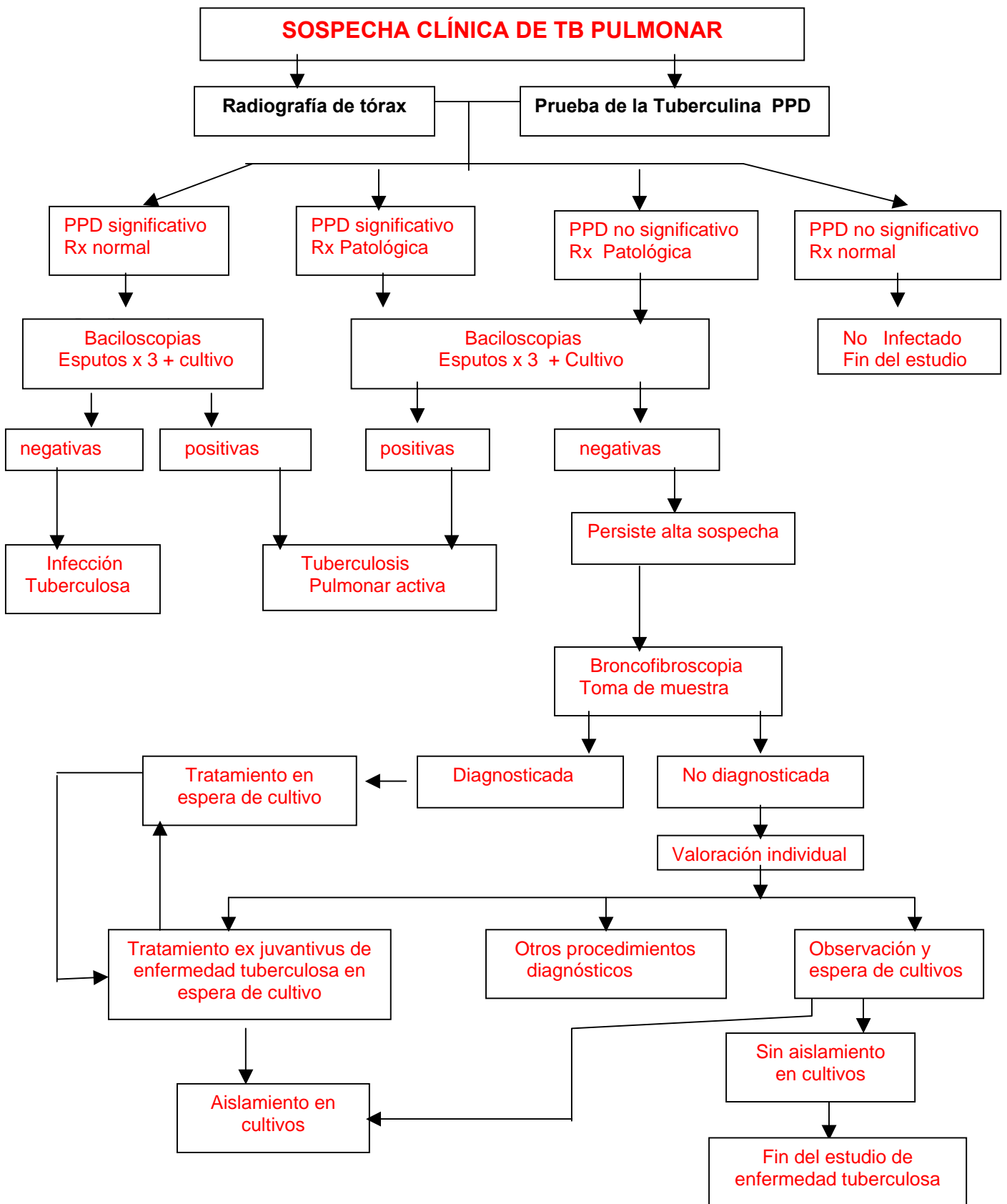
El eritema nodoso puede ser el único o principal hallazgo en un niño infectado recientemente con el bacilo tuberculoso.

Según la Conferencia Consenso sobre Tuberculosis en España, se aceptan como criterios diagnósticos de enfermedad en los niños, aunque no se haya podido demostrar el bacilo: la presencia de unos síntomas clínicos evidentes, una radiología de tórax con lesiones pulmonares sugestivas, complejo primario, patrón miliar, infiltrados, cavernas (muy poco frecuentes), derrame pleural, además



de signos típicos de otras localizaciones: meníngeas, óseas o urológicas, además de una prueba de la tuberculina con resultado POSITIVO.

Deben considerarse las formas de TBC extrapulmonares.



## Funciones de la Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud constituye el primer nivel asistencial con el que se encuentran los pacientes tuberculosos y es fundamental para garantizar la eficacia de las medidas para el control de la tuberculosis. Su actividad se desarrollará en colaboración con el nivel especializado mediante:

1. La identificación de los posibles casos de enfermedad.
2. Estudio radiológico de tórax cuando proceda.
3. Recogida de muestras de esputo en los sintomáticos respiratorios para el estudio bacteriológico cuando proceda.
4. Estudio de los contactos de los enfermos bacilíferos.
5. Tratamiento y seguimiento de los casos iniciales.
6. Declaración de los casos.
7. Estudio y evaluación de los grupos de riesgo.
8. Derivación al nivel especializado de los casos, priorizando a los menores de 5 años, pacientes con intolerancia a los fármacos antibacilares, ante fracaso terapéutico y, en general, aquellos que por su complejidad o gravedad requieran tratamiento individualizado, o bien cuando un tratamiento correcto del caso inicial no se pueda garantizar.

## TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN MENORES

El tratamiento de la tuberculosis en el niño y adolescente no difiere del adulto, se realiza, salvo en casos especiales por su gravedad y localización (meninges), con los mismos fármacos y dosis que en los adultos, ajustados al peso del menor a tratar. En la infancia, los fármacos habitualmente empleados son mejor tolerados que en otras edades. Se exceptúa el Etambutol en los niños menores de 3 años por su potencial toxicidad óptica, no siendo necesario ningún control hepático generalmente por la escasa toxicidad para los niños de los medicamentos utilizados.

Las resoluciones radiológicas son lentas, no siendo inconveniente para suspender un tratamiento correcto en su momento. Las adenopatías hiliares pueden persistir varios años.

Los problemas derivados de la resistencia probable a fármacos, la coexistencia de la enfermedad tuberculosa e infección VIH y los criterios de ingreso hospitalario, se resuelven de la misma forma que en el caso de los adultos.

### TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN: QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA

Consiste en la protección, mediante fármacos, de una persona ya infectada, para evitar que desarrolle la enfermedad. Existen una serie de hábitos personales y circunstancias epidemiológicas, factores de riesgo, que predisponen al desarrollo de la enfermedad tuberculosa en las personas infectadas.

Debe realizarse **quimioprofilaxis secundaria** en:

- 1.-Portadores de VIH con reacción tuberculínica igual o superior a 5 mm.
- 2.-Convivientes y contactos próximos al caso índice, con diagnóstico establecido por microscopía positiva y que presentan una reacción tuberculínica igual o superior a 5 mm.
- 3.-Portadores de lesiones fibróticas (excluidas calcificaciones y paquipleuritis).
- 4.-Cualquier persona que haya sufrido una conversión tuberculínica (aumento de la reacción tuberculínica igual o superior a 5 mm. en no vacunados).
- 5.-Cualquier otra situación de inmunodepresión demostrada que se acompañe de una reacción tuberculínica igual o superior a 5 mm.
- 6.-Infectados que tengan otros factores de riesgo reconocidos que incrementan la probabilidad de enfermedad tuberculosa (silicosis, diabetes, tratamiento con corticoides prolongado, hemodiálisis o bypas yeyunoileal) y otros (carcinomas, hemofilia, alcoholismo, malnutrición, fumador importante).

La quimioprofilaxis secundaria se aplicará durante **6 meses** y una sola vez en la vida del individuo. En los portadores del VIH se prolongará durante 12 meses. El fármaco de elección es **Isoniazida** (INH), que se administrará a dosis **5-10 mg/kg/día en niños**, sin superar los 300 mg/día. En caso de contraindicación con este fármaco, puede utilizarse la Rifampicina a dosis de 10 mg/kg/día, de seis a nueve meses.

Resulta fundamental prever la ganancia ponderal para mantener la dosis terapéutica ajustada al peso en todo momento y reajustándola en las visitas de control.

Es preciso establecer controles mensuales, aunque sean telefónicos, para descartar, mediante interrogatorio, cualquier intolerancia a la medicación. De sospecharse toxicidad, se hace indispensable llevar a cabo una valoración analítica. Por regla general, los lactantes y los niños

toleran perfectamente esta medicación y los efectos adversos son muy raros, siendo el más frecuente de todos ellos la hepatitis tóxica, cuya frecuencia aumenta con la edad, siendo muy baja por debajo de los 35 años y casi inexistente en los menores de 20 años<sup>3</sup>.

Se puede establecer una pauta intermitente ante la existencia de fundadas dudas respecto al cumplimiento del tratamiento, supone la administración plenamente supervisada de fármacos antibacilares dos o tres veces por semana (INH 15 mg/kg sin superar los 900 mg.).

### TRATAMIENTO PREVENTIVO: QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA

Es el tratamiento preventivo de la persona NO INFECTADA. Está indicada fundamentalmente en los niños y jóvenes convivientes y contactos íntimos de un tuberculoso bacilífero, que presenten una reacción tuberculínica negativa y descartada la enfermedad tuberculosa. La quimioprofilaxis primaria se realizará durante DOS MESES con INH. Si aparece viraje tuberculínico al finalizar este periodo se descartará enfermedad tuberculosa y se mantendrá la quimioprofilaxis hasta completar SEIS MESES. En los niños vacunados con BCG que sean contactos de enfermos bacilíferos, se instaurará tratamiento profiláctico cualquiera que sea el resultado de la reacción tuberculínica.

#### Resumen del Tratamiento TBC

Se utiliza la **Isoniazida (INH)** a dosis de **5-10 mg/kg/día** (prever ganancia ponderal)

- Infección** (quimioprofilaxis secundaria) durante **seis meses**
- Tratamiento preventivo menor no infectado** (quimioprofilaxis primaria), mantoux negativo pero contacto con enfermo tuberculoso bacilífero, tratamiento durante **dos meses**.  
Tras los 2 meses de tratamiento se repetirá nuevamente el mantoux y en caso de conversión tuberculínica se continuará cuatro meses más con el mismo fármaco.

#### Tuberculosis e inmigración en España<sup>4</sup>

1. La prevalencia de la infección tuberculosa es mayor en los inmigrantes, sobre todo subsaharianos, en comparación con la población española.
2. El desarrollo de enfermedad tuberculosa en los inmigrantes tiene lugar preferentemente en los primeros 5 años de su estancia en el país de destino y las tasas de resistencias a los tuberculostáticos son superiores a las de nuestro medio. Se recomienda el uso de 4 fármacos en su tratamiento hasta conocer los resultados del antibiograma.
3. La mayor tasa de tuberculosis que presentan los inmigrantes está en relación con las condiciones de vida en el país de destino, unidas a una mayor prevalencia de esta infección, lo que aumenta el número de individuos con posibilidad de reactivación y posiblemente reinfección exógena.
4. La transmisión tuberculosa a la población autóctona es escasa; es más frecuente la transmisión entre los propios inmigrantes o a la población con unas condiciones socioeconómicas similares.
5. La mejor política de control de la tuberculosis es el diagnóstico precoz y tratamiento de los casos de enfermedad tuberculosa. La quimioprofilaxis en población de riesgo de desarrollar tuberculosis está justificada en la misma medida que para la población autóctona. En algunos casos se deberá garantizar el cumplimiento mediante supervisión directa.
6. La quimioprofilaxis de los pacientes con elevado riesgo de desarrollar tuberculosis esta justificada, pero las medidas de control que se deben aplicar a los inmigrantes tienen que ser las mismas recomendadas para la población autóctona, ya que, por sí solo, ser inmigrante no constituye un factor de riesgo de tener enfermedad tuberculosa.

<sup>3</sup> Alcalde Megías J, Altet Gómez MN. Infecciones por Micobacterias. En Cobos N, Pérez-Yarza EG (eds.) Tratado de Neumología Infantil. Madrid: Ergon, 2003; p.427-55

<sup>4</sup> Sanz Peláez O et al. Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversias. Med Clin (Barc) 2006; 126(7): 259-69.

## Tabla 1. Prueba de la tuberculina: falsos positivos

- Infecciones por micobacterias atípicas
- Vacunación con BCG previa
- Transfusión de sangre (concentrado de linfocitos o factor de transferencia) de donantes reactivos positivos
- Hematoma local
- Infección del punto de inyección
- Sensibilidad a los componentes de la tuberculina
- Mala preparación de la tuberculina (reacción precoz de menor duración)

Caminero Luna JA<sup>5</sup>

## Tabla 2. Prueba de la tuberculina: falsos negativos

### Relacionados con el paciente

Período ventana (2-12 semanas tras la infección)  
Fiebre elevada  
Infecciones víricas (VIH, varicela, parotiditis, sarampión)  
Infecciones bacterianas (fiebre tifoidea, brucelosis, tos ferina, lepra, TBC reciente, masiva o diseminada, pleuritis TBC)  
Infecciones fúngicas (blastomycosis)  
Vacunación con virus vivos en los dos meses previos: sarampión, parotiditis, polio, varicela, fiebre amarilla  
Vacunación oral antitifoidea  
Deterioros metabólicos: fallo renal crónico  
Hipoproteinemia (depleción proteica severa, afibrinogenemia). Desnutrición  
Enfermedades que afectan a los órganos linfoides: enfermedad de Hodgkin, linfoma, leucemia crónica, sarcoidosis  
Fármacos (corticosteroides e inmunosupresores)  
Edad (recién nacidos, ancianos)  
Estrés (cirugía, quemaduras, enfermedad mental, reacción injerto contra el huésped)

### Relacionados con la tuberculina

Almacenamiento inadecuado (exposición a luz y calor)  
Dilución inapropiada  
Desnaturalización química  
Contaminación  
Absorción (parcialmente controlado con la adición de Tween 80)

### Relacionados con el método de administración y lectura

Menor dosis administrada  
Inyección subcutánea o en área inflamada o próxima a otros tests cutáneos  
Retraso en la administración tras su extracción en jeringa  
Inexperiencia, error en lectura, error en registro

Caminero Luna JA<sup>6</sup>

OlivaC, et al<sup>7</sup>

OlivaC<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Caminero Luna JA. Diagnóstico de la Infección tuberculosa. Prueba de la Tuberculina. En Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICter), 2003; p. 60-76.

<sup>6</sup> Alcalde Megías J, Altet Gómez MN. Infecciones por Micobacterias. En Cobos N, Pérez-Yarza EG (eds.) Tratado de neumología Infantil. Madrid: Ergon, 2003; p.427-55

<sup>7</sup> Oliva Hernández C, Velasco González V, Callejón Callejón A. Tuberculosis Infantil: formas de presentación inusual. An Esp pediatr 2000; 52: 53-60.

<sup>8</sup> Oliva Hernández C. Diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar. En I Curso Nacional de actualización en Neumología Pediátrica. Madrid: (eds.) Ergon 2004; p.35-52.

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A MENORES INMIGRANTES**

### **COORDINACIÓN**

#### **DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES**

Dña. Emma Navarro Brito. *Jefa del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.*

D. Santiago de La Huerga Moreno. *Técnico DG Programas Asistenciales.*

### **GRUPO DE TRABAJO**

Dña. Elisa Barrios González. *Pediatra Centro de Salud Guía de Isora. Gerencia AP Tenerife.*

Dña. M<sup>a</sup> Carmen Ferrer Mesa. *Técnica D.G. de Protección del Menor y la Familia.*

Dña. Esther García Almeida. *Coordinadora Trabajo Social Gerencia AP Gran Canaria.*

D. Amós García Rojas. *Jefe de Sección de Promoción de la Salud D.G. Salud Pública.*

Dña. Elizabeth Hernández González. *Directora Médica Gerencia AP Gran Canaria.*

Dña. Luisa Saavedra Jiménez. *Técnica D.G. Programas Asistenciales.*

### **GRUPO DE REVISORES**

Dña. Ana Delia Acosta Suárez. *Enfermera ZBS Arucas, Gerencia AP Gran Canaria.*

Dña. Ángeles Cansino Campuzano. *Coordinación de Pediatría AP-AE del Área de Salud de Gran Canaria.*

Dña. Ana Berta Díaz Ojeda. *Directora ZBS Arucas, Gerencia AP Gran Canaria.*

Dña. Ana Pilar Izquierdo Carreño. *Técnica D.G. Salud Pública.*

D. Francisco Ferraz Jerónimo. *Director Médico de la Gerencia AP La Palma.*

D. Francisco Javier Gómez Aragón. *Técnico de la Gerencia AP La Palma.*

D. Alberto Gómez Elipe. *Médico ZBS Mulagua, Gerencia AP La Gomera.*

D. Jose Juan Hernández Artiles. *Director Médico de la Gerencia AP Lanzarote.*

Dña. Inmaculada Mora Peces. *Médica del Servicio de Urgencias Hospital de El Hierro.*

Dña. Ana Teresa Ojeda García. *Subdirectora ZBS Arucas, Gerencia AP Gran Canaria.*

Dña. Elena Pérez Cánovas. *Directora Médica de la Gerencia AP Tenerife.*

D. Enrique Pérez Pastor. *Director Médico de la Gerencia AP El Hierro.*

D. Javier Suleiman Padrón. *Director Médico de la Gerencia AP Fuerteventura.*

D. Basilio Valladares Hernández. *Director del Instituto de Enfermedades Tropicales.*

Unidades de Infancia y Familia de los Cabildos Insulares de El Hierro, La Gomera, La Palma, Tenerife, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura.