

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Guía para
Examen de Salud Inicial
de Menores Extranjeros
no acompañados
(MENAs)



JUNTA DE ANDALUCÍA

Guía para Examen de Salud Inicial de Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs)



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



GUÍA para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados (MENAs) [Recurso electrónico] / [Coordinación: Gloria Andérica Frías; Autoría: Mercedes Rivera Cuello...et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2019.

Texto electrónico (pdf), 52 p. : il. col.

Fecha de actualización Junio de 2019.

1. Menor no acompañado. 2. Emigrantes e inmigrantes.
3. Estado de salud. 4. Guía. I. Andérica Frías, Gloria. II. Rivera Cuello, Mercedes. III. Andalucía. Consejería de Salud y Familias. WA 300

Fecha de actualización: Junio de 2019.

Coordinación: Gloria Andérica Frías. Asesora técnica de epidemiología. Consejería de Salud y Familias.

Autoría Evaluación del Estado de Salud

Mercedes Rivera Cuello. Pediatra de la UGC de Pediatría y Neonatología Este de Málaga-Axarquía. Doctora en medicina. Miembro del Grupo Andaluz de infectología e inmunopatología pediátrica (GAIP) y de la Sociedad de Pediatría Social y colaboradora del Programa de Salud Infantil y del adolescente.

Carlos del Moral Campaña. Epidemiólogo del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. UGC Interniveles de Promoción, Prevención y Vigilancia de Granada.

Begoña López Hernández. Epidemióloga del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. UGC Interniveles de Promoción, Prevención y Vigilancia de Granada. Presidenta de la Asociación Andaluza de Epidemiología.

Alicia Núñez Castillo. Jefa del Servicio de Centros de Protección de Menores. Dirección General de Infancia. Consejería de Igualdad Políticas Sociales y Conciliación.

Autoría Vacunas

María Luisa García Gestoso. Pediatra. C.S. San Luis. Distrito Sanitario Sevilla. Miembro de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía (AndAPap).

Rafael Jiménez Alés. Pediatra del Consultorio Local de La Roda de Andalucía. UGC Estepa (Sevilla). Miembro de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía (AndAPap).

José Murcia García. Pediatra del C.S. Bulevar de Jaén. Doctor en medicina. Miembro de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía (AndAPap).

Amparo Gracia Alfonso. Pediatra del C.S. Levante Norte de Córdoba. Miembro de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía (AndAPap).

David Moreno Pérez. Infectología e Inmunodeficiencias. UGC Pediatría. Hospital Materno-Infantil de Málaga. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Director del Plan Estratégico de Vacunaciones y Enfermedades Inmunoprevenibles.

Autoría Detección y Actuación Sanitaria frente a la Trata y Explotación de Personas Menores de Edad

Coordinación: Antonio Garrido Porras. Asesor técnico de infancia y salud pública. Consejería de Salud y Familias. Asesor técnico del Plan de Salud Infantil y del Adolescente de Andalucía.

Salud Mármo Sancho. UNICEF Andalucía Responsable de Sensibilización y Políticas de Infancia.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2019.

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	6
EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD	8
PLAN DE ACTUACIÓN	19
DETECCIÓN Y ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA TRATA Y EXPLOTACIÓN DE PERSONAS MENORES DE EDAD	20
BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	29
ANEXOS	31

Introducción

La presente guía tiene como objetivo la valoración inicial del estado de salud de la persona menor de edad migrante, por profesionales de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz una vez realizadas actuaciones previas orientadas a la localización del menor, o supuesto menor, hasta su identificación, determinación de su edad, puesta a disposición del Servicio Público de protección de menores y documentación. Un posterior objetivo promoverá, en el marco de su integración y normalización psicosocial, la incorporación de los niños, niñas y adolescentes MENAS, a las actividades programadas de prevención y promoción de la salud incluidas en el Programa de salud infantil y del adolescente y en otras estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), quedando recogidas en esta guía las actuaciones específicas recomendadas en estos chicos y chicas.

El fenómeno contemporáneo de los flujos migratorios plantea en Andalucía una problemática específica de atención a las personas menores de edad extranjeras no acompañadas, de conformidad con el enfoque de derechos de la infancia y con la protección jurídico-social establecida en el ordenamiento legal nacional y andaluz. Se define al menor extranjero no acompañado (MENA), como aquel *“extranjero menor de dieciocho años con nacionalidad de un Estado al que no le sea de aplicación el régimen de la Unión Europea y que llegue a territorio español sin un adulto responsable de él, ya sea legalmente o con arreglo a la costumbre, apreciándose riesgo de desprotección, así como cualquier menor extranjero que una vez en España se encuentre en aquella situación”*.

Según el Sistema de Información de Menores SIME de la Junta de Andalucía, los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados que llegaron en 2018 son mayoritariamente de Marruecos (63%). Otros países de origen frecuente son Guinea (14%), Mali (9%), Costa de Marfil (5%) o Argelia (2%). El 95% de estas personas menores de 18 años son varones. El perfil del MENA se ha ido diversificando, y es muy probable que ello continúe, llegando niños y adolescentes de más países, algunos inseguros y con graves conflictos sociales y políticos, lo que incrementa las circunstancias personales ligadas a experiencias traumáticas y pérdidas familiares. En general, son individuos sanos que, dependiendo de las características del país de procedencia y de su entorno familiar y social, habrán tenido acceso a servicios sanitarios equiparables a los nuestros o no. A su estado de salud de origen hay que sumar los riesgos a los que han podido estar sometidos y los hábitos adquiridos en su migración hasta llegar a nuestro país.

La política sobre MENAs ha de hacer prevalecer su condición de menores sobre la de migrantes y está orientada al retorno del menor a su país de origen, bien con su familia o bien en un centro de acogida de menores de su país, como solución duradera y siempre que contribuya al interés superior del menor. No obstante, mientras dure su permanencia en Andalucía deben asegurarse todos sus derechos, de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño y a la normativa española y andaluza vigentes. *“Los menores extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la educación, asistencia sanitaria y servicios y prestaciones sociales básicas, en las mismas condiciones que los menores españoles”*¹. La Entidad Pública de protección de menores (Delegación Territorial de Educación, Deporte, Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación) prestará atención inmediata y, en su caso, el acogimiento que el MENA requiera mediante la asunción de su tutela (declaración de desamparo).

¹ 2 art 10.3 de 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](#).



El marco jurídico atribuye al Ministerio Fiscal la responsabilidad de ordenar la práctica de pruebas médicas de determinación de edad de los extranjeros que hubieren sido localizados por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado cuando, hallándose indocumentados, su minoría de edad no pueda ser establecida con seguridad. A tal efecto, esta guía está destinada a la valoración de la salud de los chicos y chicas en los que se ha determinado la minoría de edad. En todo caso, y de acuerdo con lo dispuesto en el Protocolo Marco², *“las pruebas médicas ordenadas practicar por el Ministerio Fiscal se regirán por el principio de celeridad exigiendo el previo consentimiento del afectado y un control médico-sanitario especializado y se llevarán a cabo con respeto a la dignidad de la persona”*.

Con arreglo a la Convención de los Derechos del Niño, los Estados están obligados a proporcionar a los menores no acompañados o separados de su familia el mismo acceso a la atención de la salud que los nacionales³. El derecho a la salud de los menores extranjeros no acompañados se hará efectivo teniendo en cuenta la heterogeneidad de la población migrante, condicionada, sobre todo, por su país o área de procedencia, raza, cultura, religión y nivel socioeconómico.

² Protocolo Marco de Menores Extranjeros No Acompañados. Ministerio de la Presidencia. 2014.

³ Comité de los Derechos del Niño. Observación General n.o 6 (2005). Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen.

Objetivos

1

Conocer y valorar el estado de salud del menor a su llegada al centro de acogida.

2

Diagnosticar y tratar enfermedades, para su propio beneficio y de la comunidad en la que participan.

3

Evaluar y corregir el estado vacunal, con respecto al calendario vacunal vigente en Andalucía.

4

Favorecer su integración al Programa de salud infantil y del adolescente del SSPA, así como en actividades preventivas y de promoción de la Salud adecuadas a su edad.

5

Promover la detección de indicadores de trata infantil y riesgos de sufrir mutilación genital femenina.

Esta guía está organizada en dos grandes bloques o ámbitos temáticos:

- un **área clínico-asistencial**, que define las pautas de anamnesis, exploración física, estado vacunal, exámenes complementarios y pautas de actuación sanitaria.
- un **área psicosocial** que aborda las características culturales, comunicativas y de relación, las condiciones de atención más adecuadas para favorecer la confianza y la valoración de los antecedentes personales y familiares, así como la detección de indicadores de trata infantil y riesgo de sufrir mutilación genital femenina.



Evaluación del estado de salud

3.1 CONSIDERACIONES PREVIAS

Llevar a cabo las actuaciones que contempla la presente guía requiere tomar en consideración los siguientes aspectos organizativos y de colaboración interdisciplinar e intersectorial:

- Tanto las actividades clínico-asistenciales como aquellas orientadas al área de valoración psicosocial deben ser planificadas y realizadas teniendo en cuenta la participación de los distintos profesionales de atención primaria, particularmente los de pediatría, medicina de familia, enfermería y trabajo social
- Es necesario establecer un canal de comunicación y coordinación estable entre el centro sanitario y los recursos del sistema de protección de menores ubicados en la misma área geográfica de referencia. Son éstos los centros de acogimiento residencial en los que viven los chicos y chicas y los que ejercen su guarda, coordinación necesaria fundamentalmente a efectos de programación de las consultas y de valoración y seguimiento de la situación personal, familiar y social del chico/a.
- Es importante conocer la situación administrativa del menor y el tiempo que está previsto que permanezca en el mismo municipio, para planificar una adecuada atención sanitaria. Si bien una previsión de que la estancia va a ser breve, nunca debe ser óbice para realizar esta primera visita.
- Las actividades recomendadas en esta guía deben realizarse en el contexto de una visita programada de atención primaria. A tal efecto, se debe asegurar, en primer lugar, la correcta adscripción a la base de datos de usuarios (BDU) del SSPA.
- Las pruebas complementarias solicitadas se adaptarán a la organización funcional de cada área sanitaria. Asimismo, y para evitar ulteriores reiteraciones de pruebas y procedimientos a lo largo del proceso migratorio y personal del menor es necesario registrar toda la información en la Historia de Salud Única DIRAYA:
- Igualmente, el área de trabajo social del centro sanitario asegurará una coordinación estable con las ONGs especializadas en el apoyo a las personas migrantes y, en particular, a los menores extranjeros no acompañados.
- Por último, el equipo de atención primaria que atienda asiduamente a los Menas estará especialmente cualificado para participar, asesorar y colaborar en todas aquellas actuaciones e iniciativas locales y sociocomunitarias orientadas a favorecer la integración personal de estos menores y a la eliminación de barreras y estigmas culturales.

3.2 ACOGIDA

- En la primera entrevista debe promoverse un clima de confianza y acogedor, evitando en lo posible preguntas intimidatorias y procedimientos invasivos. El desarrollo de la misma se verá facilitado por la observación de las distintas reacciones emocionales tanto por parte de los menores (miedo, inseguridad, desconfianza) como del personal sanitario (dificultades culturales, patologías desconocidas)
- Para salvar las barreras idiomáticas y culturales, se recomienda que esté presente una persona mediadora que proporcione comprensión de la lengua y la cultura. El SSPA facilita recursos de traducción a través de Salud Responde (teléfono: 955545060). Puede ser útil contactar con las ONG de la zona que colaboran habitualmente en la atención a estas personas.
- Es aconsejable que el profesional se dirija directamente al menor y al mismo tiempo, respetar las pausas necesarias para la traducción y o interpretación.
- Dado que la gran mayoría de los menores que llegan a nuestra Comunidad son marroquíes o subsaharianos, el manejo y familiaridad con algunos términos habituales facilitará y hará más cercana la entrevista (Anexo 4).

La Historia de Salud Digital Diraya permite continuar con el plan de atención del menor en otros dispositivos sanitarios en Andalucía.

Es aconsejable proporcionar un **INFORME DE SALUD** al responsable del menor ante la posibilidad de que sean desplazados a otras comunidades autónomas o fuera del país.



3.3 ANAMNESIS

- Se recopilará la máxima información posible a través del intercambio con los/las profesionales responsables de la guarda y acompañamiento del/la menor de edad.
- Una anamnesis correcta facilitará la adecuada evaluación de la salud del niño/niña o adolescente y permitirá intervenir según los puntos vulnerables o factores de riesgo identificados.

TABLA 1. ANAMNESIS

DATOS	OBJETIVO
1. País y lugar de procedencia 2. Etnia 3. Ruta migratoria 4. Lengua materna, otros idiomas...	- Identificar patologías endémicas de los diferentes países. - Identificar el idioma idóneo para la comunicación, así como aspectos culturales y antropológicos respecto a sus creencias y mitos sobre la salud y la enfermedad ¹ .
4. Motivo de la migración 5. Características del viaje	- Valorar posibles agresiones físicas ² , vejaciones, privación de afecto o de cuidados necesarios, abuso sexual o trata de personas.
6. Tiempo de estancia en España	- Considerar el periodo de incubación de enfermedades endémicas del país origen. - Indagar sobre la existencia de informes o valoraciones sanitarias previas.
7. Historia social: - Familiograma - Red familiar - Condiciones de vida, lugar de residencia - Contacto con familia de origen - Existencia de familia de acogida	- Valorar factores de riesgo y factores protectores psicosociales. - Detectar situaciones de vulneración de sus derechos o maltrato. - “Señales de alerta” para la sospecha de trata (ver epígrafe 5.6).
8. Hábitos tóxicos	- Detectar posible consumo de sustancias ³ .
9. Nivel escolar	- Identificar problemas de aprendizaje.
10. Antecedentes personales: - Enfermedades crónicas/ tratamientos habituales - Intervenciones quirúrgicas - Alergias - Ingresos o cirugías previas - Transfusiones - Enfermedades familiares	- Obtener información clínica relevante. - Valorar la necesidad de atención especializada. - Descartar patologías hereditarias. - Descartar, en lo posible, enfermedades infecciosas en la familia.
11. Vacunas previas	- Revisar documento de vacunaciones.
12. Enfermedad actual	- Conocer la presencia de síntomas actuales ⁴ . (Investigar síntomas compatibles con tuberculosis (fiebre prolongada, tos habitual...), ya que es una enfermedad prevalente con riesgo para el paciente y su entorno). - Descartar sarna y pediculosis.

¹ En algunas religiones y etnias se practican ritos como circuncisión, tatuajes, mutilación genital femenina, medicina tradicional, que deben ser tenidos en cuenta antes de iniciar la exploración física.

² Pueden solicitar asilo por refugiado.

³ Indagar sobre la inhalación de pegamento, muy habitual entre los menores atendidos.

⁴ Es necesario preguntar específicamente por cada síntoma (cansancio, tos, prurito, diarrea, anorexia, dolor abdominal, pérdida de peso, cefalea) ya que en multitud de ocasiones conviven con la sintomatología durante años, al igual que su familia o compañeros, asumiendo que es parte de su estado de salud.

3.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física deber ser sistemática, por órgano y aparatos, aunque la información obtenida en la anamnesis permitirá el detenimiento en aspectos concretos de la exploración.

TABLA 2. EXPLORACIÓN FÍSICA

ÓRGANO / APARATO	OBJETIVOS
1. Peso 2. Talla 3. Perímetro craneal	- Calcular IMC - Valoración nutricional (uso de tablas de la OMS) ¹ .
4. Piel y mucosas	- Valoración de existencia de cicatriz de BCG (deltoides, antebrazo parte ventral, más frecuente que en muslo, glúteo). - Valoración de palidez cutáneo-mucosa. - Detección de lesiones o cicatrices de maltrato o signos de violencia autoinflingidas ² . - Detección de pediculosis, tiña, impétigo, sarna ³ . - Detección de signos de patología endémica: larva migrans, lepra, paquidermitis ⁴ , leishmaniasis cutánea, lesiones de rascado... - Detección de la presencia de nódulos o tumoraciones. - Detección de candidiasis oral. - Detección de patología y/o irritación de mucosas.
5. Ojos y oídos	- Valoración básica de capacidad auditiva y agudeza visual. - Valoración de signos de irritación conjuntival ⁵ .
6. Cuello	- Detección de posibles adenopatías. - Valoración de glándula tiroides.
7. Abdomen	- Detección de masas y visceromegalias ⁶ .
8. Genitales externos	- Descartar malformaciones. - Detección de signos de enfermedades de transmisión sexual (ETS). - Detección de casos de Mutilación Genital Femenina (MGF) ⁷ (Anexo 2)
9. Extremidades	- Detección de linfedema y/o adenopatías axilares e inguinales. - Valoración de defectos o limitaciones osteoarticulares ⁸ .
10. Neurológico	- Detección de déficits neurológicos (motores y/o sensitivos). - Valoración del desarrollo psicomotor ⁹ .
11. Valoración odontológica	- Todos los menores deben ser valorados por odontología.

¹ Desnutrición aguda: -2DS del Z score P/T y Desnutrición crónica: -2 DS del Z score de T/E.

² Lesiones paralelas (cortes en antebrazo). En los MENA son frecuentes las lesiones residuales de heridas autoinflingidas que pueden significar intentos fallidos de paso a Europa.

³ Especialmente relevante en pacientes con historia de estancia actual o previa en centros de acogida.

⁴ Frecuentemente, en la raza negra.

⁵ Posible visualización de parásitos (Loasis) en pacientes de África subsahariana.

⁶ La esplenomegalia malárica hiperreactiva (EMH) puede encontrarse en menores procedentes de áreas endémicas de paludismo.

⁷ Es preciso realizar un abordaje sensible, en un ambiente propicio. Preguntando a la menor por posibles síntomas y siempre explicando la exploración a realizar por parte de un mediador/traductor. Contemplar la posibilidad de consultar al grupo multidisciplinar de MÉDICOS DEL MUNDO Málaga (952252377), malaga@medicosdelmundo.org

⁸ Posibles casos de tortura, maltrato o fracturas no tratadas.

⁹ Adquiere mayor relevancia cuanto menor es la edad del paciente. Es importante tener en cuenta que los menores han sido expuestos (en mayor o menor medida) a una situación traumática o de estrés pudiendo presentar síntomas de retraso o limitación psicomotriz reversibles posteriormente. En casos alteración neurológica y presencia de: macrocefalia descartar toxoplasmosis, hipotiroidismo y malformaciones congénitas; si existe microcefalia descartar rubeola, toxoplasmosis, sífilis, v. zika (en áreas endémicas), así como otras infecciones de carácter universal como el citomegalovirus.

3.5 VALORACIÓN PSICOSOCIAL

La valoración psicosocial del MENA se realizará siempre en colaboración con la Entidad Pública competente en protección de menores que ejerce la guarda y/o la tutela. El Servicio de protección de menores tiene la función principal de indagación sobre las circunstancias sociofamiliares del chico/a, procurar, si es posible, la reagrupación familiar y cubrir otras necesidades de protección que requiera. El proceso de adaptación psicosocial conlleva la obligación de comunicar regularmente su evolución y resultado al Ministerio Fiscal, quien actúa como superior vigilante de la actuación de las administraciones en el ejercicio de sus competencias.

Desde los servicios sanitarios, se recomienda realizar una valoración psicosocial inicial y, si se considera de interés, dejar constancia en la historia de salud única el menor.

A modo de orientación, se exponen a continuación las etapas fundamentales desde el punto de vista psicosocial en el proceso migratorio general y en el del adolescente.

ETAPAS PROCESO MIGRATORIO	
PREPARACIÓN DEL PROYECTO	Angustia y estrés
LLEGADA	Crisis de angustia, identidad y ansiedad. Se puede expresar de 3 formas: - Adaptativa: Situación objetiva de peligro. - Neurótica: respuesta exagerada: conductas de desajuste y bloqueo. - Psicótica: ruptura con la realidad.
ADAPTACIÓN	Estado de ambivalencia y estado de duelo. Tristeza por lo dejado y la esperanza por el devenir. El grado de elaboración de esa ambivalencia, va a depender de las características individuales del niño/niña o adolescente y de la comunidad receptora.
ENCRUCIJADA/ MARGINACIÓN	En caso de no resolverse la Etapa 3. Volver es: FRACASO / Quedarse es: CONFLICTO

Además, al proceso de adaptación cultural se añaden, si el menor está en edad adolescente, tres procesos:

- Afirmación de sí mismo.
- Conquista de su propia autonomía y la búsqueda del grupo de pertenencia.
- Identificación sexual.

3.6 ESTADO VACUNAL, EVALUACION Y CORRECCIÓN

Los menores migrantes tienen un riesgo similar a la población autóctona a las enfermedades prevenibles por vacunas, por ello es necesario establecer las estrategias necesarias para asegurar un adecuado nivel de protección frente a las mismas y adecuar su calendario de vacunaciones al calendario vacunal vigente en el momento de su llegada.

En los menores que no iniciaron la vacunación o no se administraron determinadas vacunas, aunque en sus países de origen estén incluidas en el calendario oficial de vacunaciones, es necesario adaptar su historia vacunal mediante la programación de un calendario acelerado o corrector, con el menor número de visitas posibles, para proporcionar la misma inmunidad que a otros menores de su misma edad que fueron vacunados de forma puntual.

Para diseñar un calendario personalizado hay que tener en cuenta:

- La edad.
- La situación inicial de vacunación.
- La existencia de condiciones o situaciones especiales que recomiende o contraindique una determinada vacuna.

Dado que la competencia del sistema inmune va cambiando con la edad, el número de dosis de vacunas necesarias para inducir una respuesta protectora a largo plazo puede variar, necesitándose en ocasiones un mayor o menor número de dosis. En la Tabla 1 del Anexo 1 se recoge el número de dosis mínimas necesarias para considerar correcta la vacunación según la edad.

A nivel individual, es frecuente que no se disponga de documentos que acrediten la historia de vacunación del menor, pero en el caso de que nos aporten esta información se deben considerar válidas todas las dosis administradas, siempre que:

- Estén correctamente registradas o identificadas.
- Se hayan administrado con posterioridad a la edad mínima recomendada.
- Se haya respetado el intervalo mínimo recomendado entre dosis de una misma vacuna, pues es el que ha demostrado su eficacia y asegura la correcta respuesta inmunológica.
- Se haya respetado el intervalo de tiempo recomendado entre dosis de vacunas diferentes. En el caso de vacunas atenuadas, el intervalo mínimo es de 4 semanas, si no se han administrado de forma simultánea. En el Anexo 1, la Tabla 2 informa sobre la edad mínima de administración, los intervalos mínimos entre dosis y la edad a partir de la cual no se recomienda su administración; y en la Tabla 3 se informa de los intervalos de administración entre las dosis de diferentes vacunas.
- Se puede consultar el calendario de vacunación del país de origen en (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules), lo que nos puede ayudar a interpretar el documento de registro que nos aporten y obtener información adicional. También puede ser de utilidad consultar los datos de coberturas de vacunación en el país de origen publicado en la web de la OMS (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/).

En caso de duda o si no aporta información sobre las vacunas recibidas, éstas se considerarán como no recibidas y se iniciará las pautas de vacunación aceleradas según la edad (Anexo 1 Tablas 4, 5 y 6). Antes de iniciar la vacunación sólo se recomienda realizar serología frente a VHB.

Las pautas que se proponen son orientativas, el profesional encargado de la atención del menor será el que valore su aplicación en función de la situación particular de cada caso (Anexo 1).

En el diseño del calendario corrector es importante recordar que:

- Es necesario estar familiarizado con las siglas, la composición antigénica y los preparados disponibles de las distintas vacunas.
- Es conveniente aplicar en el menor el calendario que le corresponde por su año de nacimiento.
- Las dosis se administrarán con el intervalo más corto posible, al tiempo que se intenta optimizar el número de visitas, buscando la incorporación al calendario habitual en el plazo más breve.
- **NO** hay un intervalo máximo entre dosis. La interrupción o el retraso de una dosis en la pauta de una determinada vacuna nunca precisa el reinicio de la pauta, "dosis puesta, dosis que cuenta".
- Si hay un intervalo mínimo entre dos dosis de un mismo antígeno para asegurar la protección. La administración de dos dosis a un intervalo menor o a una edad de recomendación inferior se considerará como no válida y habrá que repetirla con el intervalo apropiado y a la edad adecuada.
- Siempre que sea posible se recomienda utilizar vacunas combinadas, según las inmunizaciones requeridas y siguiendo las recomendaciones descritas en las fichas técnicas de las vacunas a administrar.
- Cuando no sea posible administrar todas las inmunizaciones requeridas en la misma visita, en primer lugar, se administrarán las vacunas que inmunicen frente a la patología de mayor riesgo con relación a la edad del niño y a la epidemiología de su entorno, y las que lo proteja frente a las enfermedades más graves y más fácilmente transmisibles.
- Las dosis administradas se deben registrar en el Módulo de Vacunas de Diraya (Historia de Salud digital). Así mismo, se facilitará un registro de las vacunaciones en formato papel (documento de vacunaciones) para asegurar la continuidad asistencial en caso de desplazamiento del menor.

Existen condicionantes para la utilización de algunas vacunas, por razón de edad y disponibilidad de las mismas, así como limitaciones de financiación determinadas por el momento de incorporación de las vacunas en el calendario vigente que deben tenerse en cuenta en el diseño del calendario corrector y que se exponen a continuación.

Condicionantes para la administración de vacunas según la edad del menor.

Para la elaboración de calendarios acelerados de vacunación frente a difteria tétanos y tos ferina, Haemophilus influenzae y hepatitis B, se tendrá en cuenta que se haya hecho un esquema 2+1 o 3+1, que dependerá de cuando se haya nacido (antes o después de enero de 2017; se explica en el Anexo 1, pie de tabla 1).

- Hasta los 7 años de edad se podrán emplear vacunas combinadas hexavalentes (DTPa-VPI-Hib- HB), dado que se ha autorizado desde el Ministerio de Sanidad su empleo hasta esta edad a pesar de que en las fichas técnicas la edad de autorización sea inferior. 

Las vacunas pentavalentes (DTPa-VPI-Hib) también podrían emplearse en el que caso de haber existencias, pero desde finales de 2018 han dejado de estar autorizadas en España^{3,4}.

- La vacuna combinada frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular de alta carga o tipo infantil (DTPa) solo puede utilizarse hasta los 7 años, de edad. Por este motivo, tampoco se pueden utilizar vacunas penta o hexavalentes a partir de los 7 años de edad.
- La vacuna combinada frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular de contenido antigénico reducido (Tdpa) puede utilizarse a partir de los 4 años, pero no es eficaz en primovacunación frente a difteria o tétanos, pues el componente antigénico reducido no induce suficiente respuesta inmunológica. Sólo debe utilizarse como dosis de recuerdo.
- La vacunación sistemática frente al Haemophilus influenzae (Hib) y frente a neumococo solo está recomendada hasta los 5 años de edad; a partir de esa edad, solo se recomienda su administración en personas que pertenecen a determinados grupos de riesgo.

Limitaciones a la financiación de algunas vacunas sistemáticas, según la fecha de incorporación al calendario.

- La vacuna frente a varicela está financiada en la infancia temprana para los niños y niñas nacidos a partir del 1 de octubre de 2014. Los menores que hayan nacido con anterioridad al 1 de octubre de 2014 y no hayan pasado la enfermedad ni hubiesen sido vacunados con anterioridad, recibirán la vacuna a los 12 años de edad, salvo que pertenezcan a algún grupo de riesgo.
- La vacuna conjugada frente a neumococo está financiada en los niños y niñas nacidos a partir del 1 de enero de 2016. Los nacidos con anterioridad a esta fecha se vacunarán si pertenecen a algún grupo de riesgo.

³ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunasHexavalentes_menores7anos.pdf

⁴ <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/hexavalentes-autorizadas-menores7anos>

3.7 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios solicitados se deben individualizar acorde con la edad, la procedencia y los signos y síntomas identificados en la exploración física del menor, sin embargo, existen recomendaciones generales para todos los niños/niñas migrantes procedentes de países de renta baja y los refugiados.

Se ha de evitar la petición indiscriminada de pruebas complementarias, y en todo caso adaptados al Catálogo de pruebas diagnósticas de Atención Primaria.

A continuación, se resumen las recomendaciones generales para todos los niños/niñas migrantes procedentes de países de renta baja y los refugiados (Tabla 3) y las recomendaciones adaptadas a la edad y país de procedencia de la persona menor (Tabla 4).

TABLA 3: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS GENERALES

PRUEBA	OBSERVACIONES
Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> - Permite la valoración de anemia y la forma eritrocitaria. - Presencia de eosinofilia (>7% y/o >500). - Síntomas y signos clínicos de infección.
Ferritina y sideremia	<ul style="list-style-type: none"> - Despistaje de ferropenia (+/-anemia). - La ferritina es un marcador inflamatorio que en caso de encontrarse muy elevado orientaría a proceso inflamatorio crónico.
Rx Tórax	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda activa¹ de casos de tuberculosis mediante Rx tórax en MENA de 14 años y más procedentes de países alta y media endemia (Anexo 3). Se recomienda realizar en las primeras 48 horas. En chicas, antes de realizar Rx, descartar embarazo. - En <14 años: sólo en el caso de existir síntomas sugerentes. - En caso de Rx patológica, continuar estudio incluyendo la enfermedad/ infección tuberculosa en el diagnóstico diferencial.
Prueba de tuberculina (PT)/ IGRA (interferon-gamma release assay)	<p>Se recomienda la búsqueda de la infección tuberculosa en MENA procedentes de países alta y media endemia (Anexo 3), que se pueden beneficiar de un tratamiento preventivo, y que pueda asegurarse su seguimiento hasta finalización del tratamiento.</p> <p>La prueba de elección es la Prueba de la Tuberculina (PT). Algoritmo decisión:</p> <p>1. Diámetro < 5mm → Considerar no infectado. Excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menores de 5 años procedentes de países de alta endemia² → Solicitar IGRA - Niños/as inmunodeprimidos/as² → Solicitar IGRA - Niños con deficiente estado nutricional → Repetir PT. - Prueba realizada en las primeras semanas (<12 semanas) tras la llegada a España → Repetir PT <p>2. Diámetro ≥ 5mm → Considerar Infectado. (ver epígrafe 4 Plan de actuación). Excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diámetro <15mm en vacunados³ → Solicitar IGRA.
Serología HB (AgHBs, AcHBs, AcHBc)	<p>Se recomienda realizar marcadores serológicos de virus hepatitis B (AgHBs, AcHBc, AcHBs) en menores procedentes de países de alto y moderado riesgo (Anexo 3).</p>
Parásitos intestinales	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesaria la recogida de tres muestras⁴. - En caso de presencia de eosinofilia, si los parásitos son negativos en heces y no existe otra causa probable, es necesario profundizar en la investigación en una unidad especializada. - No está recomendado el uso de tratamiento antiparasitario empírico.

¹ La detección activa de casos de TB en poblaciones de riesgo es una estrategia importante para el control de la TB, ya que permite la detección temprana y tratamiento, reduce la morbilidad y la mortalidad individuales y previene la propagación de la TB a otros. (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>)

² En niños inmunodeprimidos o menores de 5 años se recomienda la estrategia secuencial PT(-)/ IGRA, ya que disminuye el número de falsos negativos..

³ En niños de 5 y más años, inmunocompetentes y con probable antecedente de vacunación BCG, se recomienda la estrategia secuencial PT (5-15mm)/ IGRA, ya que disminuye el número de falsos positivos.

⁴ Aumenta la rentabilidad de la prueba el uso de recipientes que contengan merthiolate-yodo-formol ya que preserva tanto a los trofozoítos como a los quistes.

TABLA 4:
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN EDAD, PROCEDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

PRUEBA	OBJETIVO CRIBADO	OBSERVACIONES
Prueba del talón	Patología endocrino-metabólica	- Realizar en menores de 2 años.
Serología	Portador o enfermo VIH VHC Sífilis (Anexo 3)	-En menores de África subsahariana y adolescentes sexualmente activos. -Realizar serología VIH y VHC en menores con antecedentes de riesgo (intervenciones, tatuajes, mutilación genital, transfusiones...) independientemente de la procedencia. - Ante sintomatología y/o antecedentes compatibles. independientemente de la procedencia.
Serología a Trypanosoma cruzi	Enfermedad de Chagas	- En todo paciente procedente de área endémica (América latina). - Hijo de madre originaria de áreas endémicas.
Tira reactiva de orina tras ejercicio	Esquistosomiasis urogenital.	- Realizar en menores procedentes de África subsahariana. - Si se detecta hematuria, proceder a la investigación del parásito en orina ¹ .
Gota gruesa, extensión de sangre periférica o test rápido de malaria	Paludismo	- En todo paciente que presente fiebre durante los primeros 3-4 meses tras su llegada de países endémicos , (Anexo 3). - Pacientes semimunes (que han sufrido malaria previamente) pueden presentar diferentes cuadros clínicos: vómitos, abdominalgia, diarrea, tos, encefalitis..., por lo que debe siempre sospecharse.
Electroforesis de hemoglobinas o cromatografía de alta resolución.	Hemoglobinopatías	- Es de especial interés la detección precoz de Drepanocitosis. - Realizar el cribado a todos los menores de raza negra o con ancestros de raza negra menores de 5 años ² debiendo derivarse a la unidad de hematología de referencia.
Niveles de plomo	Detección de niveles de plomo elevados	- Realizar ante clínica compatible ³ : anemia, estreñimiento, letargia, abdominalgia, deterioro del desarrollo psicomotor.
Serología VHA	Inmunidad frente a VHA (IgG VHA)	- Realizar serología sólo en mayores de siete años en los que presenten una condición de riesgo o posibilidad de viajar a sus países de procedencia (Anexo 3) ⁴ .
Test de embarazo	Detección de embarazo	- En todas las adolescentes.

¹ Debe tomarse la muestra tras el ejercicio y entre las 11:00 y 14:00 (atendiendo al ritmo circadiano del parásito), la valoración por parte del microbiólogo debe ser poco después de su recogida.

² Por encima de 5 años habitualmente los menores han presentado sintomatología o signos analíticos.

³ Existe un mayor riesgo de exposición por las condiciones de habitabilidad de los países de origen (tuberías, pinturas de las casas, emisiones de humo e industriales, remedios tradicionales y otros...)

⁴ Es más eficiente conocer el estado serológico, que vacunar, ya que en países de alta prevalencia (los de procedencia habitual de los MENA) los niños/as >7años probablemente hayan pasado la enfermedad. La vacunación frente a hepatitis A, por tanto, solo estaría recomendada en menores susceptibles que presenten una condición de riesgo o posibilidad de viaje a su país de origen ([Programa de Vacunación frente a Hepatitis A. Consejería de Salud. Instrucción 2/2018](#))

ORIENTACIONES DIAGNÓSTICAS SEGÚN SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS

- **Fiebre:** paludismo, virosis importadas (dengue).
- **Diarrea:** parasitosis intestinales (amebas, helmintos, paludismo).
- **Prurito:** sarna o escabiosis (predominio nocturno), filariasis.
- **Anemia:** carencial, paludismo, hemoglobinopatías, parasitosis.
- **Eosinofilia:** helmintos, parásitos tisulares.
- **Hepatopatía:** virus hepatitis B y C, absceso hepático amebiano, paludismo, leishmaniosis.
- **Esplenomegalia:** paludismo, esquistosomiasis, leishmaniosis, fiebre tifoidea, hemoglobinopatías.
- **Hematuria:** esquistosomiasis.
- **Cardiopatía:** enfermedad de Chagas.
- **Adenopatías:** tuberculosis, toxoplasmosis, tripanosomiasis africana.
- **Síntomas respiratorios:** tuberculosis.
- **Convulsiones:** paludismo, neurocisticercosis.
- **Alteraciones cutáneas:** larva migrans, oncocercosis, sarna, micosis.

Plan de actuación

Una vez realizada la anamnesis y valoradas las exploraciones complementarias se recomienda incluir al menor en el siguiente plan de acción general:

- Actualización y seguimiento del calendario vacunal.
- Programa de Salud Infantil y del Adolescente.
- Actividades preventivas y de promoción de salud (Programas Crecer en salud y Forma Joven, así como fomento de hábitos saludables).

- Los menores en los que se hayan detectado patologías que requieran interconsulta de otras especialidades o disciplinas deben ser derivados mediante circuito ordinario establecido.

- Los menores con Infección Tuberculosa latente deben recibir tratamiento, cuando no existan contraindicaciones médicas para ello.

- Se pueden seguir las pautas farmacológicas recomendadas por el Protocolo de Vigilancia y Control de Tuberculosis en Andalucía (https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5a-f95879cd47b_pr_tuberculosis2011.pdf), asegurando la adherencia y control médico, o a criterio del médico responsable del tratamiento se puede emplear pautas cortas que hayan demostrado eficacia y escasa toxicidad. (por ej.: 3 o 4 meses con rifampicina o rifampicina más isoniazida, actualización del tratamiento de la tuberculosis en niños *An Pediatr (Barc) 2018; 88 (1): 52 e1- 52.e12.*



Detección y actuación sanitaria frente a la trata y explotación de personas menores de edad

Este protocolo de actuación sanitaria frente a la trata infantil es resultado de talleres teórico-prácticos destinados a profesionales sanitarios de Andalucía realizados en 2017 y 2018 bajo la coordinación de la Consejería de Salud y en colaboración con UNICEF - Andalucía, con el objetivo de promover espacios de sensibilización, formación y trabajo en red sobre Infancia, Trata y Protección Internacional y en el marco del Proyecto "Solidaridad de Responsabilidades" (<http://lamercedmigraciones.org/solidaridad-de-responsabilidades/>).



5.1 SERVICIOS SANITARIOS Y TRATA INFANTIL

Los servicios y profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía juegan un papel primordial en la identificación de señales y riesgos de trata y explotación en personas menores de edad, así como en la derivación a los recursos adecuados para su atención y protección integral, asegurando así el ejercicio de sus derechos y su recuperación física, psicológica, emocional y social.

Es fundamental que el personal sanitario conozca las características específicas de la trata y explotación de niños, niñas y adolescentes, las situaciones de mayor vulnerabilidad en relación con esta forma de violencia y las pautas para una actuación homogénea que favorezcan la detección temprana de posibles víctimas. Igualmente, importante es el conocimiento sobre la colaboración y coordinación entre profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario, así como sobre la cooperación en el proceso para la correcta identificación por la autoridad competente de víctimas de trata y explotación.

5.2 DEFINICIÓN DE TRATA DE SERES HUMANOS

- a. Por **“trata de personas”** se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos;
- b. El consentimiento dado por la víctima de la trata de personas a toda forma de explotación intencional descrita en el apartado a) del presente artículo no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios enunciados en dicho apartado;
- c. La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará **“trata de personas”** incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados en el apartado a) del presente artículo.
- d. Por **“niño”** se entenderá toda persona menor de 18 años.

Hay que tener en cuenta que los hijos de víctimas de trata de seres humanos son también víctimas. Estos niños y niñas son parte importante del plan explotador, no un acompañante accidental de las mujeres. Tanto su concepción, como su integridad y destino, son decididos por los tratantes, a quien pertenecen desde el primer momento. Los niños, niñas y adolescentes son víctimas de trata para ser sometidos a diversas situaciones que constituyen explotación, las cuales incluyen:

- **Explotación laboral:** Los niños, niñas y adolescentes pueden caer bajo las redes de la trata para trabajar en restaurantes, fábricas, u otros lugares en condiciones peligrosas. A menudo se les mantiene aislados dentro de los países de destino y tienen temor de denunciar las condiciones abusivas de trabajo a las autoridades. En ciertos casos, los niños, niñas y adolescentes son víctimas de la trata en condiciones de trabajo forzoso.



- **Explotación sexual:** Los niños, niñas y adolescentes, especialmente las niñas, son víctimas de trata para trabajar en prostíbulos, salones de masajes, circuitos de prostitución o clubes de nudismo, o para producir materiales pornográficos. Niños y niñas pueden ser utilizados por las redes como elemento de control sobre sus madres.
- **Matrimonios forzados:** Las niñas son entregadas como novias por varias razones. Cuando la pobreza es aguda, una niña puede ser considerada una carga económica para su familia y su matrimonio con un hombre mayor puede ser considerado como una estrategia para la supervivencia de la familia.
- **Mendicidad:** Los niños pueden ser reclutados por redes de trata para ganar dinero para otros mendigando o vendiendo en las calles. En algunos casos, los mendigos infantiles son mutilados por sus captores para despertar la simpatía de las personas y recibir más limosna. También pueden ser reclutados para la comisión de delitos.
- **Tráfico de órganos:** se entiende como la sustracción de un órgano humano sin aplicar los procedimientos médicos legalmente establecidos y sin que medie consentimiento de la víctima, en la mayoría de los casos. Conlleva la extracción, compra, venta, transporte, ocultamiento, etc. de órganos, tejidos, fluidos y células humanas.

5.3 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO DE SER VÍCTIMAS DE TRATA Y EXPLOTACIÓN

A priori no se puede hablar de un perfil de víctima, pues cualquier menor de edad, con cualquier identidad o expresión de género, nacional o extranjero, independientemente de su situación administrativa o legal, puede ser víctima de trata y explotación. No obstante, existen algunas características que hacen más probable que sean determinadas personas menores de edad las que se encuentren en estas situaciones:

- extranjeros, en particular los niños, niñas y adolescentes extranjeros no acompañados (conocidos como MENAs).
- sufren violencia, abuso o abandono, o bien proceden de un contexto familiar o social desestructurado, son más proclives a ser incluso entregados por sus familias.
- viven en situaciones sociales o económicas difíciles, analfabetos o con un nivel educativo limitado y se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.
- hijos e hijas de personas adultas que pueden haber sido captadas por una red de trata, y que son utilizados por la red para someter a explotación a la persona adulta que los tiene a cargo.
- con un grado bajo de madurez o que presentan una capacidad cognitiva disminuida, así como aquellos que sufren una discapacidad intelectual o que presentan problemas de salud mental.
- localizados en lugares aislados, remotos u ocultos, que generalmente desconocen o no se relacionan con su entorno.
- pertenecientes a una comunidad o minoría que pueden estar siendo explotadas por otras de su propia comunidad, lo que hace que tengan un escaso acceso a personas del exterior.
- con adicciones y problemas de consumo (pegamento, o disolvente, por ejemplo).

- jóvenes migrantes, generalmente mujeres, que han viajado por diferentes motivos, comunitarias o extracomunitarias, hayan regularizado o no su situación. En los contextos de prostitución hay una presencia mayoritaria de mujeres extranjeras.

Asistencia sanitaria frente a la trata y explotación de personas menores de edad.

La asistencia sanitaria es un derecho universal en nuestro país. El sistema sanitario público de salud puede ser un observatorio privilegiado para la detección temprana de posibles víctimas infantiles de trata y explotación, tanto en las consultas a demanda como a través de las concertadas en el Programa de salud infantil y adolescente. Los profesionales sanitarios realizan exploraciones, entrevistas y pruebas que permiten detectar indicadores muy específicos de las diferentes modalidades de violencia y maltrato infantil.

El marco jurídico vigente estipula⁵ que:

- Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.
- Toda persona que tuviera noticia, a través de cualquier fuente de información, de un hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres humanos, o de explotación de menores, tendrá la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación procesal penal.

5.4 PAUTAS PARA LA DETECCIÓN

- Hay que tener claro que los niños y niñas que nos encontramos en estas situaciones son susceptibles de una doble protección: como víctimas de trata y como menores de edad. **Ante todo, son niños y niñas.**
- Para activar las medidas de protección que les corresponden como personas menores de edad es necesario que se reconozca que son menores de 18 años. Tal y como establece el Convenio de Varsovia, **ante un caso de víctima o posible víctima de trata o explotación con apariencia física compatible con la minoría de edad, se procederá al dictamen facultativo de minoría de edad, siendo innecesarias por tanto la realización de las pruebas médicas oseométricas de determinación de la edad.** Para la elaboración de su dictamen, el facultativo tendrá en cuenta los consensos comúnmente establecidos en torno a los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud, OMS.
- El Protocolo de Menores Extranjeros no acompañados⁶ también establece que, en el caso de que un posible menor extranjero no acompañado se niegue a prestar su consentimiento para realizarse las pruebas médicas para determinar su edad y existan indicios de que puede ser víctima de trata: **“prevalecerá la presunción de minoría de edad, debiéndose adoptar las medidas de protección inmediata”.**



⁵ Artículo 13 de 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, modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

⁶ Protocolo marco sobre determinadas actuaciones en relación con los menores extranjeros no acompañados.

- La sospecha de que un niño/a pueda ser víctima de trata puede apreciarse por:
 1. Indicadores verbales o del relato (lo que nos cuenta la víctima).
 2. Indicadores físicos y/o médicos (la sintomatología que presenta).
 3. Indicadores conductuales (comportamiento y actitud del menor).
- Entrevista y tratamiento de la información⁷:
 - La primera visita debe ser especialmente empática y es muy importante crear un clima de confianza, teniendo en cuenta las interferencias emocionales tanto por parte del menor como del personal sanitario. El niño, niña o adolescente suele sentirse vulnerable y con miedo a lo que le puedan hacer y por otro lado, el personal sanitario también se puede encontrar inseguro, con sensación de dificultad ante posibles patologías y situaciones desconocidas.
 - Prestar atención a la comunicación no verbal.
 - La seguridad de la víctima y la del personal sanitario han de ser una de las prioridades durante el proceso de asistencia.
 - Se recomienda la presencia de una persona mediadora que para comenzar presente a la persona menor de edad y a quién vaya a atenderle. Por parte del personal sanitario, es importante mostrar una relación directa, mirando y dirigiéndose directamente niño o niña y no a quién traduzca, lo cual facilitará la comunicación, así como establecer las pausas necesarias para la traducción y o interpretación.
 - Para facilitar la comunicación con la persona menor de edad, se puede hacer uso de paneles de comunicación basados en sistemas pictográficos. Por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado un Panel de Comunicación basado en un Sistema Pictográfico que toma como origen una [Tabla de Símbolos elaborada por enfermeras de UCI del Hospital "Punta Europa" de Algeciras](#). También puede usarse el servicio de interpretación del servicio de atención telefónica de Salud Responde.
 - En el momento en que se sospeche que puede tratarse de una víctima de trata, en caso de estar acompañado/a se pedirá al o a la acompañante que salga de la consulta, por ejemplo, aduciendo que ha de realizarse a la persona menor de edad una prueba en otra dependencia. Así podrá ser conducida a otro lugar dónde se sienta más segura.
 - En situaciones de embarazos no controlados de mujeres migrantes bajo sospecha de situación de riesgo, se buscará en todo caso una traducción diferente a la del acompañante (especial protocolo de atención personalizada).
- El personal de salud no es el responsable de la identificación formal de las víctimas de trata. La identificación de las víctimas de trata se realizará por unidades policiales con formación específica. Es esta identificación formal como víctima la que dará lugar al reconocimiento de los derechos que se recogen para estas víctimas en nuestro ordenamiento jurídico (información, recursos), de ahí la importancia de que se recaben todos aquellos datos y aspectos informativos que revelen indicios de que el chico/a pueda estar siendo objeto de trata y explotación.

⁷ Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

En la trata la autodenuncia es bastante excepcional, fundamentalmente porque:

- a. En muchos casos debido al contexto sociopolítico de su país de origen, pueden no ser conscientes de que existen leyes que las protegen y que pueden confiar en los cuerpos de seguridad del Estado, y de que pueden solicitar ayuda, apoyo y asistencia.
- b. Pueden no hablar el idioma local y por tanto sentirse incapaces de comunicarse con las autoridades pertinentes.
- c. Temor a las consecuencias negativas directas. como puede ser perder dinero, ser expulsadas del país, o la toma de represalias contra ellas o sus familias, en el lugar de trabajo o en su país de origen.
- d. Con graves secuelas físicas y/o psíquicas que le incapacitan.

5.5 PAUTAS PARA LA NOTIFICACIÓN

1. El personal de salud que tenga “indicios razonables de sospecha” de que un niño, niña o adolescente (o su madre/padre) pueda ser víctima trata o explotación lo notificarán a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación mediante la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato SIMIA⁸.
2. Para iniciar la investigación correspondiente y determinar si los hechos pueden ser constitutivos de infracción penal se cumplimentará la denuncia al Juzgado de Guardia y, en caso de producirse una asistencia sanitaria inicial, el centro o servicio sanitario remitirá inmediatamente al Juzgado de guardia el correspondiente Parte de Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones⁹. También es posible efectuar la denuncia ante las autoridades policiales de cualquier clase: comisaría de Policía de ámbito municipal, autonómico o nacional y cuartel o dependencia de la Guardia Civil.
3. En los supuestos de peligro grave e inminente para la integridad física o psicológica de la persona menor de edad que requieran la adopción de medidas urgentes de protección, se solicitará la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y se comunicará esta circunstancia a la Entidad Pública competente en protección de menores, así como, en su caso, al Ministerio Fiscal.

5.6 CATÁLOGO COMÚN DE SEÑALES E INDICIOS GENERALES DE TRATA

Esta lista de indicios e indicadores de sospecha nos permitirá hacernos una idea de en qué supuestos nos podemos encontrar ante una víctima de trata. Aunque se incluyen alusiones a situaciones o contextos a los que no tiene acceso directo el profesional sanitario, si pueden ser conocidos a partir del propio relato de la persona menor de edad.



⁸ Web SIMIA.

⁹ Parte al Juzgado de Guardia para la Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones.

IMPORTANTE: estos indicadores han de tomarse desde un punto de vista flexible y con perspectiva, es decir, la detección de posibles víctimas de trata es una labor compleja, enfocada a perfiles en constante cambio. No hay un cupo de indicadores necesarios para determinarlas como posibles víctimas de trata, ni éstos son fijos. Por lo tanto, los indicadores han de ser entendidos siempre como una herramienta que nos encuadra ante la gran variedad de perfiles y posibilidad de circunstancias y rasgos.

Indicios de salud física

- Dificultad para sentarse o caminar.
- Desnutrición, deshidratación y escasa higiene personal.
- Infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- Signos visibles de cortes, magulladuras, desgarros, quemaduras, moratones, huesos rotos u otras señales de problemas que no han sido tratados médicamente.
- Trastornos en el control de esfínteres (enuresis o encopresis) e infecciones en zonas genitales y urinarias.
- Anomalías en el desarrollo físico: estatura muy baja en relación con su edad, malformación, deterioro dental o subdesarrollo de sistemas reproductivos en el caso de los adolescentes.

Indicios de salud mental

- Cuadros disociativos al aproximarse demasiado a la experiencia traumática, desconectando entonces con el momento presente.
- Rumiaciones cognitivas con determinadas problemáticas, preocupación por su integridad y la de familiares, por información y asistencia en interrupciones de embarazos-tratamiento de ETS- planificación familiar..
- Incapacidad para tomar decisiones, más o menos relevantes, sin consultar con una tercera persona (uso continuo de móvil o demanda presencia de acompañante).
- Fallos de memoria; confusión y desorden cognitivo (notable en la producción del habla); ideaciones suicidas.

Indicios conductuales

- Las víctimas muestran señales de miedo o ansiedad: sudor, temblor, dificultad a la hora de contestar preguntas directamente, retraimiento excesivo, evita el contacto visual (por razones no relacionadas con su cultura) o bien hacen declaraciones que son incoherentes, demasiado fantásticas o que indican adoctrinamiento.
- El comportamiento no corresponde a la edad que aparenta.
- Retraso en el aprendizaje del lenguaje en relación con su edad.



- Psicomotricidad lenta o hiperactividad.
- Evidencias de consumo de drogas, alcohol u otras sustancias intoxicantes.
- Aparición de conductas delictivas o autodestructivas hacia sí mismos o agresivas en su relación con los otros, conductas regresivas, fobias repetidas y variadas, problemas psicósomáticos o labilidad afectiva, sentimientos de culpa o vergüenza extremos.
- Muestra conductas sexuales impropias de su edad: masturbación compulsiva, caricias bucogenitales, conductas sexualmente seductoras, conocimientos o afirmaciones impropios de su edad, etc.
- Estado de alerta constante, en presencia o no de estímulos de riesgo real (tensión muscular, mal control postural, mirada sin punto fijo, hipersensible a estímulos sonoros...)
- Actitud pasiva-agresiva con el personal sanitario.
- Conductas compulsivas (p.e.: tics motores) y/o autolíticas, buscando sensación de control o bien como autocastigo.
- Intentos de suicidio.
- Conductas de riesgo (prácticas sexuales sin protección, abuso de drogas/fármacos/alcohol).
- Desorden en patrones de sueño (problemas de conciliación y/o pesadillas).
- Alteración en conducta alimenticia (falta de apetito).
- Abulia y deterioro de las habilidades sociales/ evitación de relaciones interpersonales.

****Indicios en víctimas de trata menores de edad con fines de explotación laboral:***

- No tiene la edad legal para trabajar (mayor de 16 años) o, en su caso, no existe un permiso del tutor o representante legal.
- Retención por parte del empleador de documentos de identidad.
- Realización de actividades ilícitas o humillantes o trabajos peligrosos sin el equipamiento de protección adecuado.
- Entorno laboral insalubre, con poca luz y ventilación, ausencia de calefacción y de muy difícil acceso.
- No hay advertencias de seguridad o salud en el lugar de trabajo.
- Las condiciones de trabajo infringen la legislación laboral y los convenios colectivos.
- Tiene un aspecto cansado, agotado o desaliñado.
- No sabe dónde se encuentra ni conoce la dirección.
- Pago del salario en especie.
- Pago de todo o parte del salario por parte del empresario a un intermediario y no al trabajador.
- Grupo étnico excesivamente representado en el lugar de trabajo.
- Vive en el lugar de trabajo.



****Indicios en víctimas de trata menores de edad con fines de explotación sexual:***

- En edad preescolar: los niños/as pueden presentar somatizaciones, regresiones y sexualización de la conducta.
- Entre los 6 y los 12 años: baja autoestima, problemas escolares, trastornos de sueño, reacciones psicósomáticas, dolor abdominal.
- En edad adolescente: baja autoestima, fugas de casa, depresión, embarazo, automutilaciones, agresividad y aislamiento.

****Indicios en víctimas de trata menores de edad con fines de mendicidad u otras actividades ilícitas:***

- Mendiga durante todo el día, incluso si está enfermo/a.
- Se le traslada de un lugar a otro para que mendigue sin su consentimiento.
- Tiene un aspecto cansado y agotado.
- Aparenta padecer una discapacidad.
- Está vendiendo/ocultando/transportando armas o sustancias ilícitas.
- Parece atemorizado/a.
- No lleva encima dinero en efectivo.

5.7 DOCUMENTACION Y RECURSOS PROVINCIALES SOBRE TRATA.

Para saber más sobre trata infantil ver:

- Proyecto Solidaridad de responsabilidades
- [Plan Integral de Trata 2015-2018](#)

Para consultar las entidades sociales que trabajan en cada provincia de Andalucía consultar a partir de la página 41 del siguiente enlace:

- [Guía de intervención y recursos para la atención a mujeres víctimas de trata en Andalucía](#)



Bibliografía y Webgrafía

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD:

- Alonso , C., Ureta, N., & Pallás, C. (18 de 12 de 2018). Vitamina D profiláctica. (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Ed.) Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n47/infancia.pdf>
- Agència de Salut Pública de Catalunya. (2015). Recomanacions per a la prevenció i el control de la tuberculosi pediàtrica a Catalunya. Barcelona. Obtenido de <http://www.aspb.cat/documents/recomanacions-prevencio-control-tuberculosi-pediatria-catalunya/>
- BOJA. (s.f.). DECRETO 355/2003, de 16 de diciembre, del Acogimiento Residencial de Menores. Obtenido de <http://juntadeandalucia.es/boja/2003/245/2>
- Centers for Disease Control and Prevention. (s.f.). Screening for hepatitis during the domestic medical examination. Recuperado el 08 de 03 de 2017, de www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/hepatitis-screening-guidelines.ht
- Consejería de Salud (2007). Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Se puede obtener en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1457>
- Garrido Torrecillas , F. J., & [et al.]. (2014). Programa de Salud Infantil y del Adolescente de Andalucía. Actividades preventivas en menores adoptados procedentes de otros países e inmigrantes. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Obtenido de http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/psiaa_aspectos_generales.pdf
- Martín, E., & Martínez, F. M. (2014). Materiales didácticos, Interculturalidad y atención a menores y jóvenes inmigrantes. Obtenido de http://www.educatolerancia.com/wp-content/uploads/2016/12/Interculturalidad_atencionmenoresyjuvenes_inmigrantes_US.pdf
- Masvidal, R., & Canadell Villaret, D. (2017). Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. FormAct PEdiatr Aten Prim, 10(1), 3-15. Obtenido de <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-cooperacion-inmigracion-y-adopcion/grupo-de-inmigracion/biblioteca/protocolo-de-atencion-ninas-y-ninos-inmigrantes-revision-2016>
- Ministerio de Sanidad, S. S. (18 de 12 de 2018). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). (S. S. Ministerio de Sanidad, Ed.) Obtenido de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5_feb2015.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (08 de 03 de 2017). Patrones de crecimiento infantil. Obtenido de www.who.int/child-growth/standards/height_for_age/e
- Programa de Vacunación frente a Hepatitis A. Consejería de Salud. Instrucción 2/2018. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/2018_07_05_Instrucción_HA_DEF.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS VACUNAS

- Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios. Fichas técnicas vacunas. <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/autorizadasEspana/home.htm>
- Calendario de vacunación infantil de Andalucía 2018. Consejería de Salud. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/vacunacion-infantil.html>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>
- Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Revisión del Calendario de Vacunación. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, marzo 2016. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Revisi on_CalendarioVacunacion.pdf
- Polio Global Eradication Iniciativa. <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>.
- Programa de Vacunación frente a Hepatitis A. Consejería de Salud. Instrucción 2/2018. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/2018_07_05_Instrucción_HA_DEF.pdf
- World Health Organization. WHO Monitoring and surveillance. Data and statistics http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/.
- World Health Organization. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2016 global summary. http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary.

Anexo 1

PAUTAS CORRECTORAS DE INMUNIZACIÓN EN MENORES DE EDAD MIGRANTES

Las pautas que se proponen son orientativas, el profesional encargado de la atención del menor será el que valore su aplicación en función de la situación particular de cada caso.

TABLA 1. NÚMERO DE DOSIS MÍNIMAS RECOMENDADAS PARA CONSIDERAR CORRECTA LA VACUNACIÓN SEGÚN EDAD

VACUNAS / EDAD	< 36 meses	3 - 6 años	7 - 11 años	12 - 18 años
	Número de dosis			
Tétanos/Difteria/ Tosferina ¹	3-4	3-4	4 -5	5-6
Polio ²	3-4	3-4	3-4	3-4
Hib ³	1-4	1-4	-	-
HB	3	3	3	3
VNC13 ⁴	1-4	1-4	-	-
Men C ⁵	1-2	1-2	1-2	1-3
Triple vírica	1	2	2	2
Varicela ⁶	1	1-2	1-2	2
VPH ⁷	-	-	-	2-3

(1) Vacunación frente a difteria, tétanos y tos ferina.

- Según pauta utilizada en primovacunación (esquema 2+1 o 3+1) se necesitarían 3 ó 4 dosis antes de los 6 años de edad.
- Si se completa la primovacunación frente a difteria, tétanos y tos ferina después de los 5 años de edad, administrar la primera dosis de recuerdo prevista a los 6 años de edad, con al menos 1 año de intervalo desde la última dosis de la pauta de primovacunación, recordando que a partir de 7 años se deben emplear vacunas de carga antigénica reducida (dTpa).
- Si la primovacunación frente a tétanos y difteria se inicia a partir de los 7 años de edad, se recomienda utilizar al menos una dosis de vacuna dTpa, preferentemente la primera dosis de recuerdo, siendo 5, el número necesario de dosis para considerarse correctamente inmunizado frente a tétanos.

(2) Vacunación frente a poliomielitis. Sólo si la 3a dosis se administró antes de los 4 años de edad, se requerirá una 4a dosis, preferentemente a los 6 años de edad. Son suficientes tres dosis cuando al menos una de ellas se ha administrado tras cumplir los 6 años de edad.

(3) Vacunación frente a H. influenzae tipo b. Recomendada de forma sistemática en los menores de 5 años de edad.

- En los menores de 7 meses, que no hayan recibido ninguna dosis, se administrará pauta de 2+1 formando parte de las vacunas combinadas, con intervalo de 8 semanas entre las dos primeras y mínimo de 6 meses la tercera.
- En los de 7 a 11 meses, no vacunados antes, se recomiendan 2 dosis, con un intervalo de 4-8 semanas y una dosis de refuerzo entre los 15 y 18 meses de edad.
- En los de 12-14 meses la pauta recomendada es de 2 dosis con un intervalo de 2 meses,
- En los de 15 a 59 meses una sola dosis.



- (4) **Vacunación frente a neumococo.** Recomendada de forma sistemática en los nacidos a partir de 1 de enero de 2016.
- En los menores de 7 meses, que no hayan recibido ninguna dosis con anterioridad, 2 dosis separadas al menos 4 semanas y una dosis de refuerzo entre los 11 y los 15 meses de edad.
 - Entre los 7 y 11 meses de edad, dos dosis de primovacuna separadas por un intervalo mínimo de 1 mes y una dosis de refuerzo separada al menos 8 semanas de la anterior y nunca antes de los 11 meses.
 - Entre 1 y 2 años de edad: dos dosis separadas al menos 8 semanas, no precisando dosis de refuerzo.
 - Entre 2 y 5 años de edad: 1 dosis.
 - Las pautas 3+1 se aplican únicamente en los grupos de riesgo establecidos.
- (5) **Vacunación frente a meningococo C.** Las dosis necesarias dependen de la edad de comienzo de la vacunación.
- Menores de 12 meses: Según el preparado comercial disponible, una ó dos dosis.
 - Entre 12 meses y los 12 años: 1 sola dosis administrada después de los 12 meses.
 - En los mayores de 10 años: 1 dosis administrada después de los 10 años de edad.
- (6) **Vacunación frente a varicela.** En mayores de 12 meses y menores de 36 meses 1 dosis, en mayores de 3 años de edad dos dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas, teniendo en cuenta la fecha de nacimiento. La varicela se incluye en el Programa de Vacunaciones de Andalucía en la primera infancia para los nacidos a partir del 1 de octubre de 2014, los nacidos con anterioridad se vacunan a los 12 años de edad si previamente no han pasado la enfermedad o no han recibido dos dosis de vacuna, en cuyo caso se completará la pauta.
- (7) **Vacunación frente a VPH.** El número de dosis depende de la edad de inicio de la vacunación y del preparado comercial que se utilice. Las niñas que comiencen la pauta entre los 12 y 13 años de edad: dos dosis separadas 6 meses. Si la pauta se inicia tras cumplir 14 años de edad se recomienda una pauta dos o tres dosis en función del preparado comercial disponible.

TABLA 2. EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE ADMINISTRACIÓN E INTERVALOS MÍNIMOS ENTRE DOSIS

VACUNA	Edad mínima 1ª dosis	Intervalo mínimo entre dosis ¹				Edad máxima
		De 1ª a 2ª dosis	De 2ª a 3ª dosis	De 3ª a 4ª dosis	De 4ª a 5ª dosis	
Hepatitis B	Nacimiento	4 semanas	2 meses entre 1ª y 3ª 6 meses	-	-	-
DTPa	2 meses	4 semanas	4 semanas (6 meses) ¹	6 meses (12 meses)	6 meses	7 años
DTPa-VPI-Hib	2 meses	1 mes (2 meses)	1 mes (6 meses)	6 meses ²		7 años
DTPa-VPI-Hib-HB ³	6 semanas	4 semanas (8 semanas)	4 semanas (6 meses)			2-3 años ³
Tdpa	4 años					
Td	7 años	4 semanas	6-12 meses	1-10 años	1-10 años	-
Hib	2 meses	1 mes	1 mes	6-12 meses ⁴	-	-
VPI	2 meses	1 mes	1 mes	6 meses	-	-
VCN13	6 semanas	1 mes (2 meses)	1 mes (6 meses) ⁵	8 semanas ⁵	-	-
Men C	2 meses	-	-	-	-	-
SRP	12 meses	4 semanas	-	-	-	-
WZ	12 meses	4 semanas	-	-	-	-
VPH	9 años					-

(1) Entre paréntesis se señala los intervalos cuando se aplican pautas 2+1.

(2) Cuarta dosis a una edad mínima de 12 meses.

(3) Consultar ficha técnica del preparado disponible. Pueden emplearse vacunas hexavalentes hasta los 7 años de edad.

(4) Según edad de inicio de la vacunación.

(5) Tercera dosis a una edad mínima de 11 meses.

TABLA 3: INTERVALOS DE ADMINISTRACIÓN ENTRE LAS DOSIS DE DIFERENTES VACUNAS

Tipo de vacuna	Intervalo recomendado
Dos o más vacunas inactivadas	Ninguno. Pueden administrarse simultáneamente o por separado sin respetar ningún intervalo.
Vacuna inactivada y vacuna viva	Ninguno. Pueden administrarse simultáneamente o por separado sin respetar ningún intervalo.
Dos o más vacunas vivas	4 semanas como mínimo, si no se administran simultáneamente ¹ .

(1) Las vacunas de antígenos vivos de administración oral pueden administrarse simultáneamente o con cualquier intervalo con las de antígenos inactivados o vivos de administración parenteral.

ADAPTACIÓN DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MENORES MIGRANTES

En las tablas 4, 5 y 6 se recogen las dosis de vacunas recomendadas según edad, ante un menor de edad migrante con un calendario de vacunación previo inexistente.

Con el fin de simplificar las correcciones de vacunación, se han diseñado tres calendarios acelerados de vacunación uno de 0 a 12 meses, otro de 13 meses a 6 años y uno de 7 a 18 años de edad.

CONSIDERACIONES PREVIAS PARA LA ADAPTACIÓN EN MENORES DE 7 AÑOS DE EDAD (INCLUYE TABLA 4 Y TABLA 5)

Vacuna frente a hepatitis B (HB). En los menores de edad migrantes no acompañados procedentes de países con una prevalencia moderada alta de esta enfermedad se recomienda la realización de serología de hepatitis B previa a la vacunación (AgHBs, AcHBc, AcHBs) para detectar enfermedad ya pasada y portadores crónicos del virus. Puede consultarse un mapa actualizado en la dirección:

http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepB_ITHRiskMap.png?ua=1

El esquema habitual de vacunación frente a hepatitis B es de **tres dosis**, se puede realizar con vacunas monovalentes de hepatitis B, o con vacunas combinadas hexavalentes (DTPa-VPI-Hib-HB).

En el caso de haberse administrado una dosis de vacuna monovalente de hepatitis B al nacimiento, puede completarse la vacunación con la vacuna combinada hexavalente, siguiendo el esquema de vacunación 2+1.

Con las vacunas combinadas hexavalentes, si recomendamos un esquema de primovacunación con dos dosis (esquema 2+1), el intervalo mínimo entre la primera y la segunda dosis es de 2 meses, y la tercera dosis debe administrarse al menos 6 meses después de la segunda dosis.

En caso de no poder utilizar vacunas combinadas hexavalentes, se recomienda administrar tres dosis de vacuna frente a hepatitis B, con un intervalo de uno o dos meses entre la primera y segunda dosis y una tercera dosis a los seis meses de la primera.



Vacuna frente a difteria, el tétanos y tos ferina (DTPa). La pauta completa de vacunación incluye la primovacunación con dos o tres dosis y dos dosis de recuerdo. Hasta los 7 años, se emplearán preferentemente vacunas hexavalentes (DTPa-VPI-Hib-HB) si es necesario, dado que recientemente se ha autorizado su uso hasta esta edad.

Si recomendamos un esquema de primovacunación de dos dosis (pauta 2+1), el intervalo mínimo entre la primera y la segunda dosis es de 2 meses, la tercera dosis se debe administrar a partir de los 11 meses de edad y separada al menos 6 meses de la última dosis. El primer recuerdo se administrará a los 6 años de edad (DTPa), al menos un año después de la última dosis de primovacunación.

Si recomendamos un esquema de primovacunación con tres dosis (pauta 3+1) el intervalo mínimo entre las tres primeras dosis es de 4 semanas. La cuarta dosis se administrará a partir de los 12 meses de edad, separada al menos a los 6 meses de la tercera dosis. La quinta dosis se administrará a los 6 años de edad (dTPa), al menos un año después de la última dosis. Si la cuarta dosis de vacuna DTPa se administró con 4 años, no es necesaria la quinta dosis.

Vacuna frente a poliomielitis inactivada (VPI). Debe asegurarse una pauta básica de vacunación, especialmente si los menores proceden de países endémicos o de países vulnerables a la difusión de la enfermedad salvaje, que pueden consultarse en la dirección:

<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>

La vacunación puede realizarse con vacunas específicas frente a polio (VPI) o con vacunas combinadas pentavalentes o hexavalentes. Hasta los 7 años, se emplearán preferentemente vacunas hexavalentes (DTPa-VPI-Hib-HB).

Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). Esta vacuna está recomendada en niños sanos hasta los 5 años de edad. En mayores de 5 años sólo está recomendada en los niños con alguna condición especial de riesgo. En caso de ser necesario, se emplearán preferentemente vacunas hexavalentes (DTPa-VPI-Hib-HB), autorizadas hasta los 7 años de edad.

Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC13). Esta vacuna está recomendada de forma sistemática para los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2016 y hasta los 5 años de edad. En mayores de 5 años sólo está recomendada la vacunación en los niños con alguna condición especial de riesgo. De forma general se utilizará la pauta habitual de dos dosis para primovacunación (2+1), la pauta de tres dosis para primovacunación (3+1) se aplicará únicamente en los grupos de riesgo establecidos.

Si la vacunación se inicia en menores de 12 meses de edad: Si la pauta recomendada es 2+1, el intervalo mínimo entre las 2 dosis de primovacunación es de 8 semanas y la 3.ª siempre se administrará a partir de los 11 meses de edad con una separación de 8 semanas de la segunda dosis. Si la pauta recomendada es 3+1, el intervalo mínimo entre las tres primeras dosis es de 4 semanas y entre la 3.ª y la 4.ª de 8 semanas y siempre se aplicará, esta 4.ª dosis, a partir de los 11 meses de edad.

Si la vacunación se inicia se entre los 12 y 24 meses de edad se administrarán dos dosis separadas 8 semanas. Si la vacunación se inicia con más de 24 meses solo es necesaria una dosis, salvo en grupos de riesgo.



Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC). Si se inicia la vacunación en el primer año de vida, se precisan 1 o 2 dosis dependiendo del preparado vacunal disponible. Si la primera dosis se administra a partir de los 4 meses con la vacuna conjugada con toxoide tetánico no se precisan más dosis en el primer año de vida; para las vacunas conjugadas con proteína CRM197 son necesarias dos dosis separadas dos meses, en el primer año de vida. Es necesario administrar una primera dosis de recuerdo a partir de los 12 meses de edad, separada al menos 6 meses de la anterior y una segunda dosis de recuerdo, a los 12 años de edad.

Cuando la vacunación se inicia entre los 12 meses y 9 años de edad, es suficiente una dosis, con una segunda dosis de recuerdo a los 12 años de edad.

Si la vacunación se inicia a partir de los 10 años de edad es suficiente una única dosis.

Vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis (SRP). Para la vacunación completa frente a sarampión, rubeola y parotiditis se precisan dos dosis, a partir de los 12 meses de edad y separadas con un intervalo mínimo de 4 semanas. Las dosis de vacunas administradas antes de los 12 meses de edad no se tendrán en cuenta para completar la vacunación.

Vacuna frente a la varicela (Var). Esta vacuna se recomienda en la infancia temprana en niños sanos nacidos a partir del 1 de octubre de 2014. Los nacidos con anterioridad a esta fecha se vacunarán en la infancia temprana si presentan alguna condición especial de riesgo. Para la vacunación completa frente a varicela se precisan dos dosis, a partir de los 12 meses de edad y separadas con un intervalo óptimo de 12 semanas y mínimo de 4 semanas.

TABLA 4. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 0 A 12 MESES

EDAD DE COMIENZO	1ª VISITA	MESES CONTADOS DESDE LA PRIMERA VISITA								Incorporación al calendario
		1	2	3	4	5	6	7	8	
2 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib							Calendario 11 meses
3 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib	MenC	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib						HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib	Calendario 11 meses
4 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib					VNC13	HB VPI DTPa Hib	Calendario 15 meses
5 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib				VNC13	MenC TV	HB VPI DTPa Hib	Calendario 15 meses
6 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib			VNC13	MenC TV		HB VPI DTPa Hib Var	Calendario 15 meses
7 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		VNC13	TV	MenC		HB VPI DTPa Hib	Calendario 3 años
8 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		VNC13 TV		MenC	Var	HB VPI DTPa Hib	Calendario 3 años
9 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib	TV	VNC13		MenC Var		HB VPI DTPa Hib	Calendario 3 años
10 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		VNC13	Var	MenC		HB VPI DTPa Hib	Calendario 3 años
11 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib	TV	HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib		VNC13 Var		MenC		HB VPI DTPa Hib	Calendario 3 años
12 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib		HB VNC13 VPI MenC DTPa Hib	Var					HB VPI DTPa Hib	Calendario 3 años

DTPa Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular de alta carga o infantil

HB Vacuna frente a hepatitis B

Hib Vacuna conjugada frente a enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae b

MenC Vacuna conjugada frente a Neisseria meningitidis de serogrupo C

VNC13 Vacuna conjugada frente a neumococo de 13 serotipos

TV Vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis (vacuna triple vírica)

Var Vacuna frente a virus varicela zóster

VPI Vacuna frente a poliomielitis inactivada

TABLA 5. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 13 MESES a 6 AÑOS

EDAD DE COMIENZO	1ª VISITA	MESES CONTADOS DESDE LA PRIMERA VISITA								Incorporación al calendario
		1	2	3	4	5	6	7	8	
13 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib		HB VNC13 VPI DTPa Hib Var						HB VPI DTPa Hib	Calendario 11 meses
14 meses	HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib	Var	HB VNC13 VPI DTPa Hib						HB VPI DTPa Hib	Calendario 11 meses
15-23 meses (Pauta 2+1)	HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib Var		HB VNC13 VPI DTPa Hib						HB VPI DTPa Hib	Calendario 15 meses
2 años (Pauta 3+1)	HB VNC13 VPI MenC DTPa TV Hib Var	VPI DTPa Hib	HB VPI DTPa Hib						HB VPI DTPa Hib	Calendario 15 meses
3-5 años	HB VPI MenC DTPa TV Hib Var	VPI DTPa TV Hib	HB VPI DTPa Hib	Var					HB VPI DTPa Hib	Calendario 15 meses
6 años	HB VPI MenC DTPa TV	VPI DTPa TV	HB VPI DTPa Hib						HB VPI DTPa/Tdpa	Calendario 3 años

DTPa Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular de alta carga o infantil

HB Vacuna frente a hepatitis B

Hib Vacuna conjugada frente a enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae b

MenC Vacuna conjugada frente a Neisseria meningitidis de serogrupo C

VNC13 Vacuna conjugada frente a neumococo de 13 serotipos

TV Vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis (vacuna triple vírica)

Tdpa Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular con baja carga antigénica

Var Vacuna frente a virus varicela zóster (en nacidos a partir del 1 de octubre de 2014)

VPI Vacuna frente a poliomielitis inactivada

CONSIDERACIONES PREVIAS PARA MAYORES DE 7 AÑOS DE EDAD (TABLA 6)

Vacuna frente a hepatitis B (HB). En los menores de edad migrantes no acompañados procedentes de países con una prevalencia moderada alta de esta enfermedad se recomienda la realización de serología de hepatitis B previa a la vacunación para detectar portadores e inmunes. Puede consultarse un mapa actualizado en la dirección: http://gamaps.server.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepB_IHTRiskMap.png?ua=1

En mayores de 7 años de edad susceptibles, completar un esquema de vacunación de tres dosis con vacuna monovalente frente a hepatitis B con la pauta 0, 1 y 6 meses. **Vacuna frente al tétanos y la difteria tipo adulto (Td).** Si la primovacación se realiza a partir de los 7 años de edad, se administrará una pauta de 3 dosis, el intervalo entre la primera y la segunda como mínimo de 4 semanas, entre la segunda y la tercera de 6 meses. La primovacación se completará con dos dosis de refuerzo, cada una de ellas separadas como mínimo, 12 meses de la dosis anterior. Se recomienda utilizar la vacuna frente a tétanos-difteria-tosferina acelular de baja carga antigénica (Tdpa) en una de ellas, preferentemente la primera.

Vacuna frente a poliomielitis inactivada (VPI). Debe asegurarse una pauta básica de vacunación, especialmente si los menores proceden de países endémicos o de países vulnerables a la difusión de la enfermedad salvaje, que pueden consultarse en la dirección: <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>

En mayores de 7 años no vacunados, se utilizarán vacunas específicas frente a polio (VPI), se recomienda una pauta de vacunación de tres dosis. La segunda dosis se administrará al menos 4 semanas después de la primera y la tercera dosis como mínimo 6 meses después de la segunda. La vacunación se realizará con la vacuna inactivada frente a poliomielitis.

Vacuna conjugada frente a meningococo C (MenC). En menores de 10 años no vacunados, se administrará una dosis en la primera visita, seguida de una segunda dosis a los 12 años, de edad. Si la vacunación se inicia a partir de los 10 años de edad, es suficiente una única dosis.

Vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis (SRP). Cuando la vacunación se inicia en mayores de 7 años, se deben administrar dos dosis separadas al menos 4 semanas. Si está vacunado previamente con una dosis de vacuna frente a sarampión monocomponente, deben recibir dos dosis de vacuna triple vírica separadas al menos 4 semanas. Las dosis de vacunas administradas antes de los 12 meses de edad, no se tendrán en cuenta para completar la vacunación.

Vacuna frente a varicela (Var). Los menores susceptibles recibirán a los 12 años, de edad dos dosis de vacuna frente a varicela con un intervalo mínimo entre dosis de un mes. En caso de que los menores pertenezcan a un grupo de riesgo se iniciará la vacunación antes de los 12 años, de edad.

Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). Sólo se administrará a niñas. Si se inicia la vacunación antes de los 14 años, de edad, e administrarán dos dosis de vacuna frente a VPH con un intervalo mínimo entre la primera y la segunda de 6 meses. Las niñas que comiencen la vacunación entre los 14 y 15 años, de edad, recibirán dos o tres dosis en función del preparado comercial disponible. Las niñas que inicien la vacunación después de cumplir 15 años, de edad, recibirán 3 dosis, con un intervalo mínimo entre la primera y la segunda dosis de un mes y entre la segunda y la tercera de 4 meses.



TABLA 5. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 13 MESES a 6 AÑOS

EDAD DE COMIENZO	1ª VISITA	MESES CONTADOS DESDE LA PRIMERA VISITA								Incorporación al calendario	
		1	2	3	4	5	6	7	8		
7-11 años	HB VPI Td MenC TV	TV	HB VPI Td							HB VPI Td	Calendario 15 meses
12-13 años	HB VPI Td MenC TV VPH*	TV Var	HB VPI Td Var					VPH*		HB VPI Td	Calendario 15 meses
14-18 años	HB VPI Td MenC TV VPH*	TV Var	HB VPI Td VPH*	Var				VPH*		HB VPI Td	Calendario 3 años

HB Vacuna frente a hepatitis B

MenC Vacuna conjugada frente a Neisseria meningitidis de serogrupo C

Td Vacuna frente a tétanos difteria tipo adulto

Tdpa Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular con baja carga antigénica

TV Vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis (vacuna triple vírica)

Var Vacuna frente a virus varicela zóster

VPI Vacuna frente a poliomielitis inactivada

VPH Vacuna frente a virus de papiloma humano. (*) Sólo se recomienda en niñas

Anexo 2

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

En Andalucía existe un grupo multidisciplinar perteneciente a la organización no gubernamental Médicos del Mundo cuya colaboración como referente técnico en mutilación genital femenina (MGF), puede ser de gran interés para los equipos profesionales y las organizaciones involucradas en esta guía. Por ello los contenidos que a continuación se detallan están extraídos de documento elaborados por esta unidad y referidos a la MGF en niñas. (MÉDICOS DEL MUNDO Málaga (952252377, malaga@medicosdelmundo.org)

DOCUMENTO INFORMATIVO MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

Médicos del Mundo Málaga



Médicos del Mundo Málaga Febrero 2019

2º Actualización Marzo 2019

Propiedad: Médicos del Mundo Andalucía

C/Cruz Verde 18

29013 MÁLAGA

t/f ++34962252377

malaga@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org



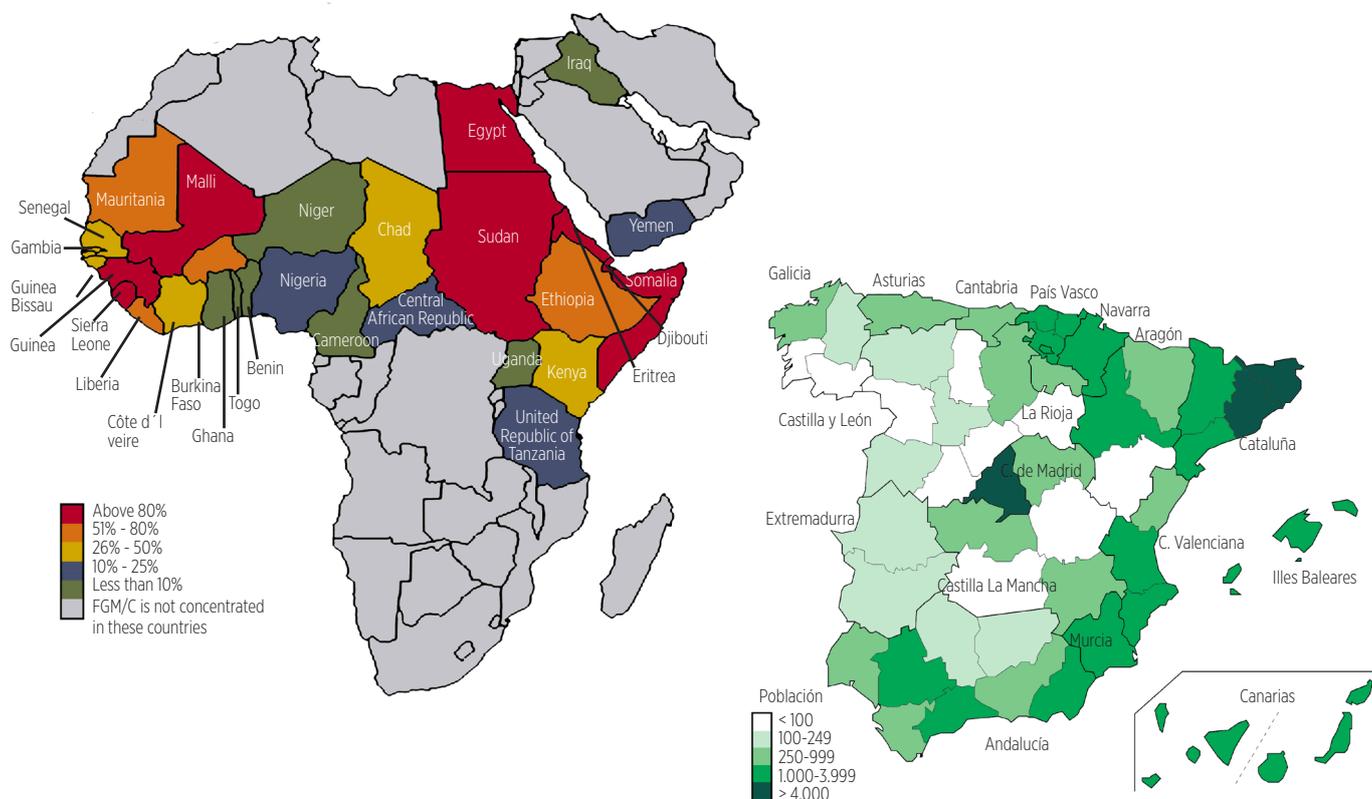
APROXIMACIÓN A LOS DATOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La mutilación genital femenina (MGF), es una grave violación de los derechos humanos de mujeres y niñas en todo el mundo, que afecta aproximadamente a 200 millones de estas, y que tiene graves consecuencias para la salud, tanto física, como psíquica de quienes la sufren llegando en ocasiones a provocar la muerte.

Puede considerarse como una tradición/rito/práctica cultural nociva que aún pervive en países de África Subsahariana, Egipto, India, Pakistán e Indonesia. Llegando a Europa a través de los flujos migratorios y encontrando mayoritariamente en nuestra comunidad a personas que mantienen esta tradición procedente de países de África Subsahariana.

Los motivos que alegan para su realización son numerosos: cultura, tradición, religión, etc. Aunque en definitiva es producto del sometimiento y control de la mujer y de las niñas y del rol de las mismas dentro de sus comunidades. Convirtiéndose como tal en una violencia ejercida hacia las mujeres y niñas por el hecho de serlo, enfatizando así el componente de género. Además de una grave vulneración de sus derechos.

La MGF está presente principalmente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio y Asia. En África, la práctica ha sido documentada históricamente y las agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas han trabajado en la medición de su prevalencia. A continuación, se muestra los territorios en los que la MGF se practica y sus índices de prevalencia, así como la distribución territorial en España de la población femenina de las nacionalidades en las que se practica la MGF.



UNICEF (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Nueva York: UNICEF.

Kaplan, A., y Lopéz, A. (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions

En nuestro país, al igual que en el resto de Europa y debido a los flujos migratorios, la MGF está presente en muchas de las comunidades residentes con procedencia de origen dónde la práctica de la MGF es habitual. Aunque no todas las etnias de un país la practican hay que prestar especial atención a los países de procedencia.

Cataluña es la comunidad autónoma donde reside más población de estos orígenes (30,8%), seguida de la Comunidad de Madrid (12,9%) y **Andalucía (11,3%)**.

“En Andalucía, residen más de 620.000 personas de nacionalidad extranjera que representan el 7,4% de la población de toda la comunidad autónoma. La población de origen MGF es de 36.072 personas. Casi una tercera parte de ellas son de origen senegalés, mientras que Nigeria, Malí, Ghana y Guinea- Bissau son el resto de nacionalidades que superan los 2.000 efectivos.

El 21,7% de toda la población son mujeres, 7.820. En este caso, Nigeria, con una relación de masculinidad menos marcada que la de Senegal, se configura como origen con un mayor número de población femenina. Senegal, Guinea-Bissau y Ghana son los siguientes colectivos en número de mujeres, alrededor de 500. Kenia, el origen con una mayor relación de población femenina, se sitúa en quinta posición”.

La población que atendemos o encontramos en Andalucía susceptible de practicar MGF es la procedente mayoritariamente de África Subsahariana: Nigeria, Senegal, Ghana. Etc. Encontrado también, aunque en menor proporción, población procedente del cuerno de África, India, Pakistán, Egipto.

CLASIFICACIÓN TIPOS MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

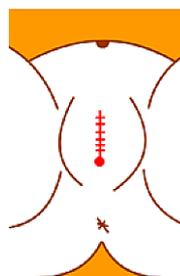
La OMS clasifica la MGF en cuatro tipos, dependiendo de su severidad:

- Tipo I: resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridectomía).



- Tipo II: resección parcial o total del clítoris y los labios menores con o sin escisión de los labios mayores (escisión).

- Tipo III: estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la re colocación de los labios menores o mayores con o sin resección del clítoris.



- Tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona.

UNAF (2011). La Mutilación Genital en España. Prevención e intervención.

FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS

- ➔ Sexo Femenino y originaria de un país/etnia que practica MGF
- ➔ Pertener a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF

RIESGO INMINENTE/FACTORES PRECIPITANTES

- ➔ Viaje al país de origen
- ➔ La niña informa de las previsiones de la familia sobre la práctica de la MGF



A este último de "Riesgo Inminente" debemos añadir que aunque en España hay pocos casos documentados sobre realización de MGF en territorio español y no se denuncian casos desde las década de los 90, es importante no descartar su realización en nuestra comunidad debido al alto número de personas de origen de países de alta prevalencia de MGF con amplias comunidades asentadas geográficamente en nuestro territorio que conservan aun su sentimiento de pertenencia a través de la perpetuación de muchas de sus tradiciones.

RECOMENDACIONES

Registro Hª Clínica

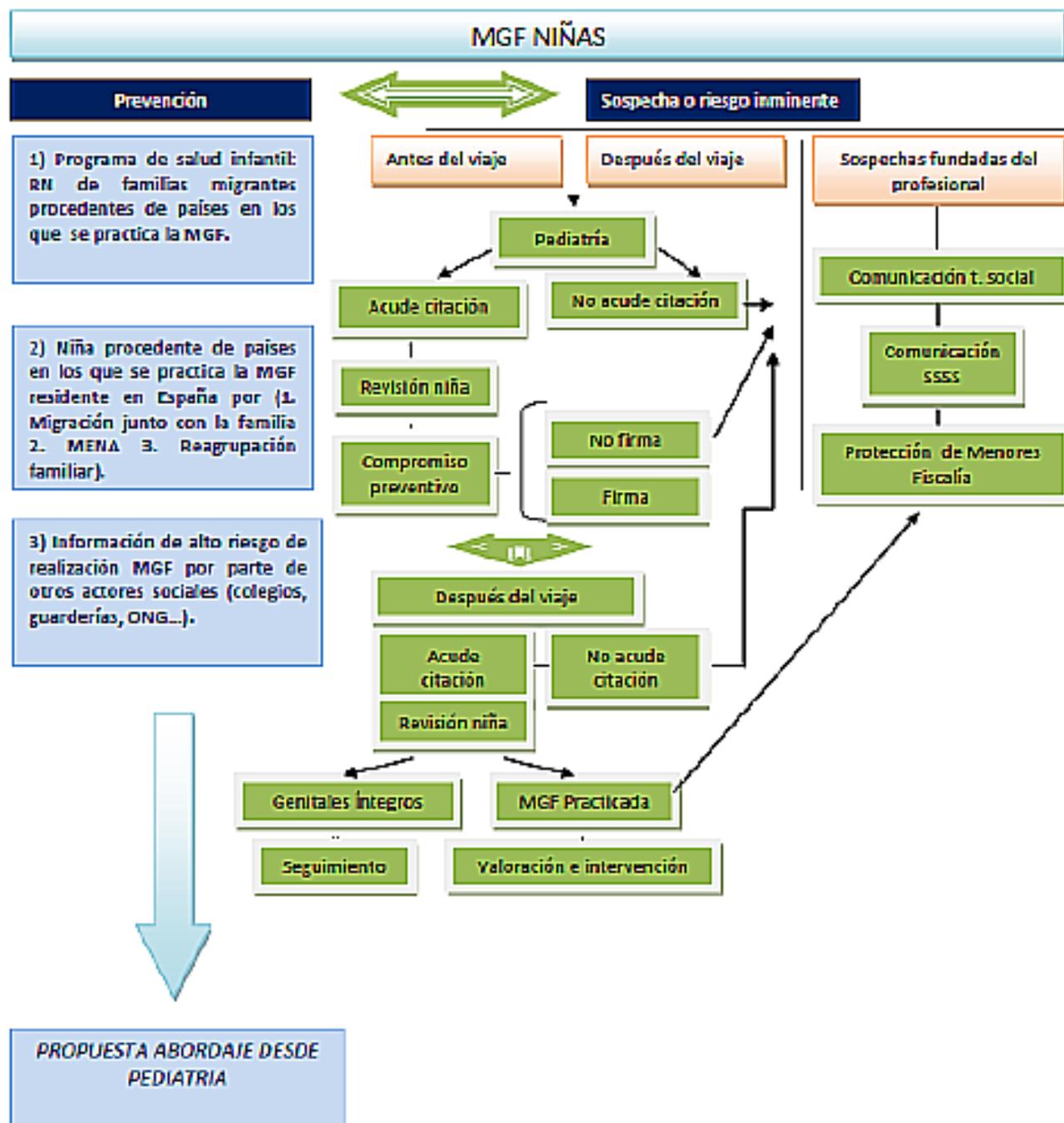
Registro Cartilla Salud Infantil

Compromiso preventivo

Colaboración entre servicios y diferentes profesionales

Estrategias para trabajar con la población: Fomento de revisiones pediátricas, Vacunaciones, programas específicos,

Intervenciones educativas de prevención con las familias, tanto del personal médico como de enfermería familiar



N.I.E.: G-7940352 - Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el Nº. 11609 - Dirección de Unidades Funcionales de 17/10/1995

1. *Regina Espinosa de los Monteros Alvarez, Médicos del Mundo Málaga, España.*
 2. *Mercedes Rivera Cuello. UGC Pediatría y Neonatología. Área Gestión Sanitaria Este Málaga -Arcángel, Málaga, España.*

PROPUESTAS DE ABORDAJE DE LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MGF EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE AP.

1. Programa de salud Infantil: RN de familias migrantes procedentes de países en los que se practica la MGF.

- Dejar constancia del país de origen y etnia en la historia clínica.
- Preguntar por la situación de la madre (¿está cortada?), sus creencias.
- Preguntar por el resto de hermanas de la RN.
- Ofrecer progresivamente información a la familia sobre la práctica de la ablación, consecuencias clínicas, psicológicas y legales en nuestro país. (Dejando constancia de las intervenciones realizadas).
- Exploración de genitales en cada revisión (en el marco del PSI y por demanda clínica), constatar y registrar su integridad.
- Ofrecer la firma del compromiso de “no realización” (custodiando una copia del mismo en la consulta), registrar dicha firma en la historia clínica y entregar una copia a la familiar (grapado en la cartilla de salud).
- Ante la negativa de la firma del compromiso, informar a trabajadora social.
- Registrar en la historia guardería y, posteriormente, centro escolar al que acude.

2. Niña procedente de países en los que se practica la MGF residente en España por (1. Migración junto con la familia, 2. MENA 3. Reagrupación familiar)

- Dejar constancia del país de origen y etnia en la historia clínica.
- Dar cita programada para inclusión en el PSI, seguir protocolo de acogida al menor migrante.
- Preguntar por la posible ablación previa (¿está cortada?) de la menor.
- Preguntar por la situación de la madre (¿está cortada?) y sus creencias.
- Exploración de genitales (en el marco del PSI y por demanda clínica), constatar y registrar su integridad.

2.1 Genitales íntegros:

- Ofrecer progresivamente información a la familia sobre la práctica de la ablación, consecuencias clínicas, psicológicas y legales en nuestro país. (Dejando constancia de las intervenciones realizadas).
- Exploración de genitales en cada revisión (en el marco del PSI y por demanda clínica), constatar y registrar su integridad.
- Ofrecer la firma del compromiso de “no realización” (custodiando una copia del mismo en la consulta), registrar dicha firma en la historia clínica y entregar una copia a la familiar (grapado en la cartilla de salud).
- Ante la negativa de la firma del compromiso, informar a trabajadora social.
- Registrar en la historia guardería y/o centro escolar al que acude.
- Registrar en la historia clínica.
- Informar a la trabajadora social.

3. Información de alto riesgo de realización MGF por parte de otros actores sociales (colegios, guarderías, ONG...)

- Búsqueda de historia clínica de la menor.
- Valoración del cumplimiento de programa de salud infantil, citas pendientes programadas (vacunación, revisiones.) en el centro de salud, valoración de posibles abordajes previos de prevención de MGF.
- Captación activa de la familia (contacto telefónico).
- Información sobre el inicio del programa de detección y prevención MGF en el centro de salud.
- Dejar constancia del país de origen y etnia en la historia clínica. Preguntar por la posible ablación previa (¿está cortada?) de la menor.
- Preguntar por la situación de la madre (¿está cortada?) y sus creencias.
- Exploración de genitales constatar y registrar su integridad.
- Ofrecer la firma del compromiso de "no realización" (custodiando una copia del mismo en la consulta), registrar dicha firma en la historia clínica y entregar una copia a la familiar (grapado en la cartilla de salud).
- Ante la negativa de la firma del compromiso, informar a trabajadora social.
- Registrar en la historia guardería y, posteriormente, centro escolar al que acude.

4. En caso de que haya mutilación: CODIFICACIÓN Y REGISTRO (CIE 10)

- N90.810 Estado de mutilación genital femenina, no especificados.
- N90.811 Estado de mutilación genital femenina, tipo I
- N90.812 Estado de mutilación genital femenina, tipo II
- N90.813 Estado de mutilación genital femenina, tipo III
- N90.818 Otros estados de mutilación genital femenina (tipo IV)

Algunos aspectos a tener en cuenta en la intervención.

- 1. Uso terminología coloquial y cercana a las mujeres.** La mayoría de las mujeres y/o familias con las que trabajamos no conocen o re- conocen la terminología de Mutilación Genital Femenina como tal. La identifican con otros términos como corte, cosido, sunna, ablación. Y en muchas ocasiones, las mujeres que la han sufrido no han vuelto a hablar del tema. Entendiendo de esta manera la dificultad que las propias mujeres presentan para identificar o hablar sobre la realización de esta práctica.
- 2. Etnia y Procedencia.** Es importante preguntar etnia de la mujer y del marido. A veces, aunque una mujer no tenga practicada la MGF y no proceda de una etnia o país practicante puede ocurrir que la familia del marido o futuro marido si sea partidario de la misma. Con lo que la mujer/niña puede sufrir una mutilación previa al matrimonio incluso en edad adulta.
- 3. Escasa o nula información sobre MGF.** Muchas de las personas que se muestran partidaria a la misma no conocen o nunca han recibido información de las consecuencias negativas de la realización de esta práctica. Desconociendo incluso que en muchos países, como es el caso de España, es un delito penado por la legislación vigente. Puede ocurrir que nadie les haya informado sobre estos aspectos sobre MGF a pesar de llevar años de residencia en España.



- 4. Ventaja en el abordaje sanitario.** El abordaje de la práctica de la MGF puede resultar en determinadas intervenciones agresivo desde un punto de vista cultural y personal. A veces, pueden sentirse atacadas y cuestionadas en sus tradiciones y en sus propias vivencias. Sin embargo, un factor positivo es la intervención desde un abordaje sanitario. Recibir información y entender las consecuencias negativas que acarrea para la salud de sus hijas, y para las suyas propias suele recibirse con expectación y desconcierto comenzando así un cuestionamiento personal acerca de la Mutilación genital femenina.
- 5. Salud de sus hijas.** Para las mujeres africanas la maternidad y el cuidado de sus hijas suele ser uno de sus roles principales. El bienestar de las mismas y su salud es prioritario. Por lo que, el hecho en sí de entender las repercusiones que puede conllevar la MGF en sus hijas, por sí sólo, puede ser un elemento disuasorio a esta práctica.

MANUALES DE TRABAJO DE REFERENCIA Y PLATAFORMA DE FORMACION GRATUITA

- *OMS Mutilación genital femenina Nota descriptiva Enero de 2018*

A nivel nacional con un protocolo común de actuación sanitaria.

- *“Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Sistema nacional de salud 2015”.*
- *UNAF. La mutilación genital femenina en España Intervención y prevención. UNAF*
- *Kaplan, A., y Lopéz, A. (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions*

A nivel autonómico:

En cuanto a herramientas de trabajo algunas comunidades autónomas han desarrollado protocolos específicos de actuación en MGF (Cataluña, Comunidad Valenciana, ETC).

En Andalucía

- *Protocolo Andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género, 2015.* Donde se incluye un capítulo a la actuación sanitaria a mujeres en situaciones especiales,entendiéndose como tal, la MGF.
- *Prevención y Atención de la Mutilación Genital femenina. Manual para profesionales en Andalucía. Consejería de Justicia e Interior.*

Plataforma Formación gratuita on line: END FGM: <https://uefgm.org/?lang=es>.

1. Begoña Espinosa de los Monteros Álvarez. Médicos del Mundo Málaga, España.
2. Mercedes Rivera Cuello. UGC Pediatría y Neonatología Área Gestión Sanitaria Este Málaga-Axarquía, Málaga, España.

Anexo 3

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES. TABLA Y MAPAS

Países con incidencia ALTA (TME=>120 casos por 100 000 habitantes)					
PAIS	TASA 10 ⁵ *	LÍMITES	PAIS	TASA 10 ⁵ *	LÍMITES
Afganistán	189	(122–270)	Kiribati	413	(317–523)
Angola	359	(232–512)	Laos	168	(109–240)
Bangladesh	221	(161–291)	Lesoto	665	(430–949)
Botsuana	300	(232–376)	Liberia	308	(199–440)
Bután	134	(103–169)	Madagascar	238	(154–340)
Cabo Verde	134	(87–192)	Malawi	133	(75–207)
Camboya	326	(224–447)	Micronesia (E.F.)	165	(126–208)
Camerún	194	(126–278)	Mongolia	428	(220–703)
Centroafricana (R)	423	(274–604)	Mozambique	551	(356–787)
Chad	154	(100–220)	Myanmar	358	(263–466)
Congo	376	(239–545)	Namibia	423	(324–535)
Congo (RD)	322	(208–460)	Nepal	152	(134–172)
Corea del Norte	513	(446–584)	Nigeria	219	(143–311)
Costa de Marfil	148	(95–212)	Pakistán	267	(189–357)
Djibouti	269	(206–340)	Papua N. Guinea	432	(352–521)
Etiopía	164	(115–221)	Senegal	122	(87–163)
Filipinas	554	(311–866)	Sierra Leona	301	(193–431)
Gabón	529	(342–755)	Somalia	266	(172–380)
Gambia	174	(132–221)	Suazilandia	308	(236–389)
Ghana	152	(73–258)	Sudáfrica	567	(406–754)
Guinea	176	(114–252)	Sudan del Sur	146	(95–209)
Guinea Bissau	374	(242–534)	Tailandia	156	(119–199)
Guinea Ecuatorial	191	(167–216)	Tanzania	269	(127–464)
Haití	181	(139–229)	Timor Oriental	498	(322–711)
India	204	(140–281)	Tuvalu	236	(202–273)
Indonesia	319	(291–348)	Uganda	201	(118–305)
Islas Marshall	480	(368–607)	VietNam	129	(106–155)
Kenia	319	(195–472)	Zambia	361	(234–514)
Kirguistán	144	(120–170)	Zimbabue	221	(164–287)
Países con incidencia MEDIA (TME=>60 y < 120 casos por 100 000 habitantes)					
PAIS	TASA 10 ⁵ *	LÍMITES	PAIS	TASA 10 ⁵ *	LÍMITES
Argelia	70	(53–88)	Malasia	93	(79–107)
Azerbaiyán	67	(51–84)	Marruecos	99	(85–115)
Bolivia	111	(73–158)	Mauritania	97	(63–139)
Brunei Darussalam	64	(55–74)	Moldavia	95	(82–110)
Burundi	114	(74–163)	Nauru	91	(78–105)
China	63	(54–73)	Níger	90	(58–128)
Corea del Sur	70	(65–75)	Niue	71	(61–82)
El Salvador	72	(55–91)	Palaos	106	(91–122)
Eritrea	67	(31–116)	Perú	116	(89–147)
Georgia	86	(72–101)	Rumania	72	(62–83)
Groenlandia	116	(99–134)	Rusia	60	(39–85)
Guam	60	(51–69)	Santo Tomé	118	(47–222)
Guayana	86	(66–109)	Sri Lanka	64	(47–84)
Hong Kong	67	(58–78)	Sudán	77	(53–105)
Islas Marianas del Norte	86	(73–99)	Tayikistán	85	(65–106)
Islas Salomón	76	(58–96)	Ucrania	84	(54–119)
Kazajistán	66	(43–94)	Uzbekistán	73	(51–99)
Macao	70	(60–81)			

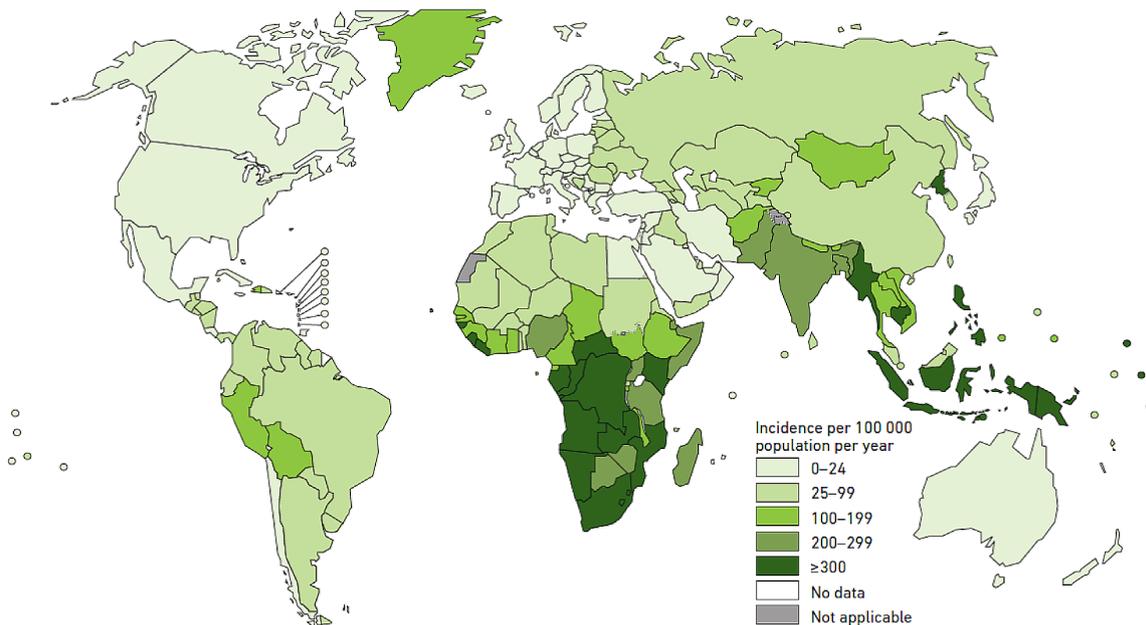
TME: Tasa Media Estimada

Tomado de: [Global tuberculosis report 2018](#). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

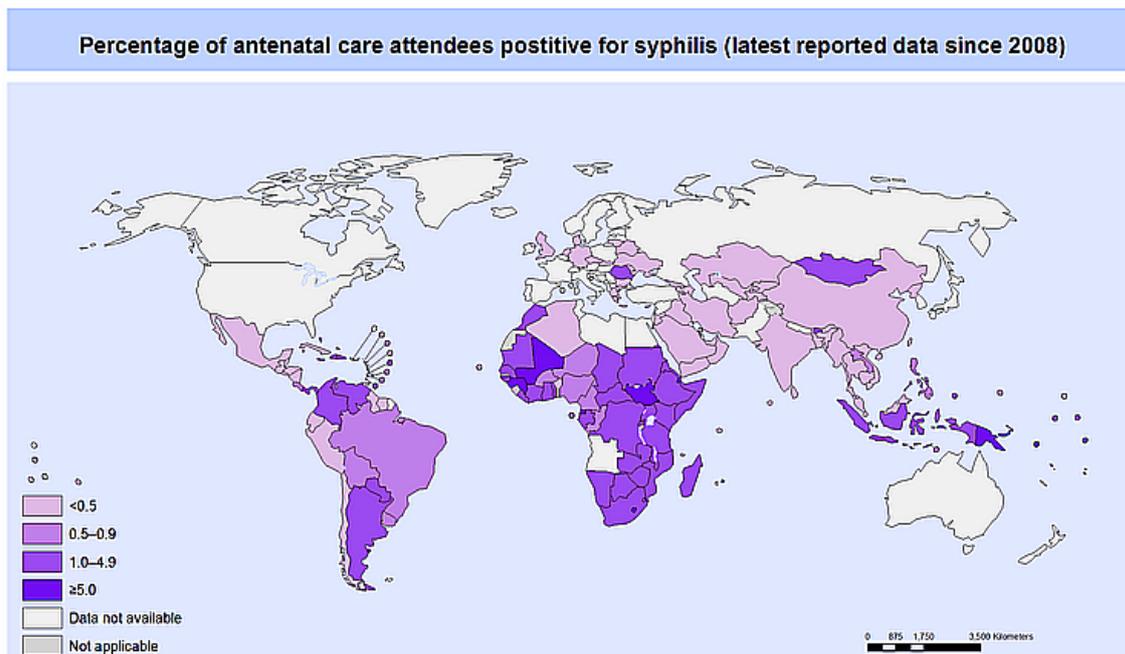


MAPA DE DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS

Estimated TB incidence rates, 2017



MAPA DE DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LA SÍFILIS 2008



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

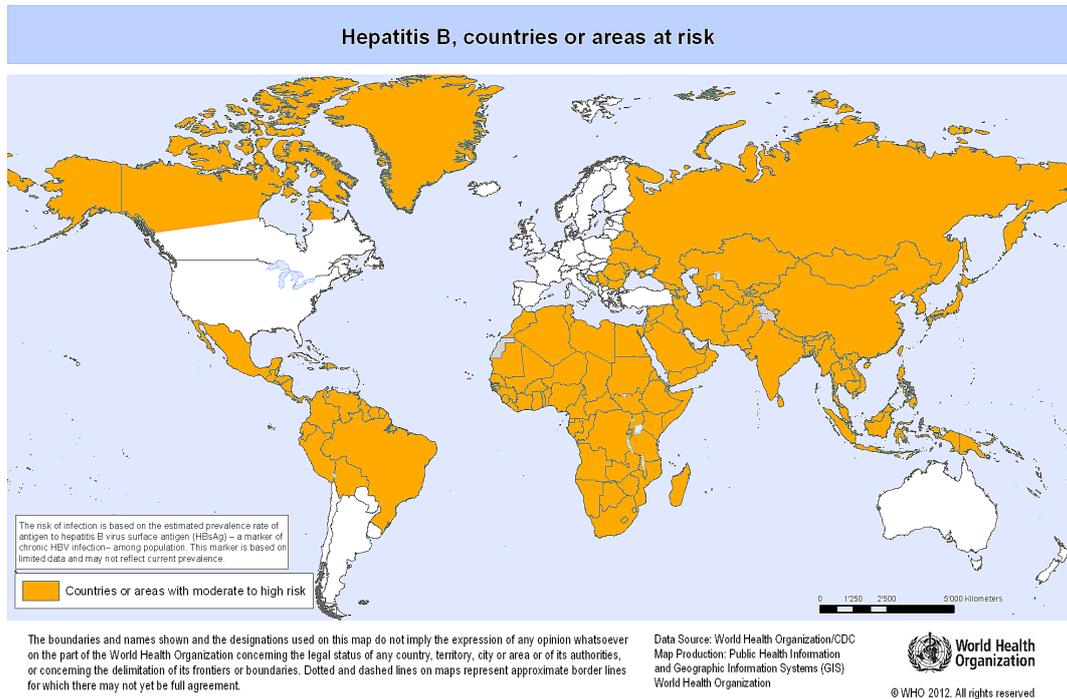
Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization



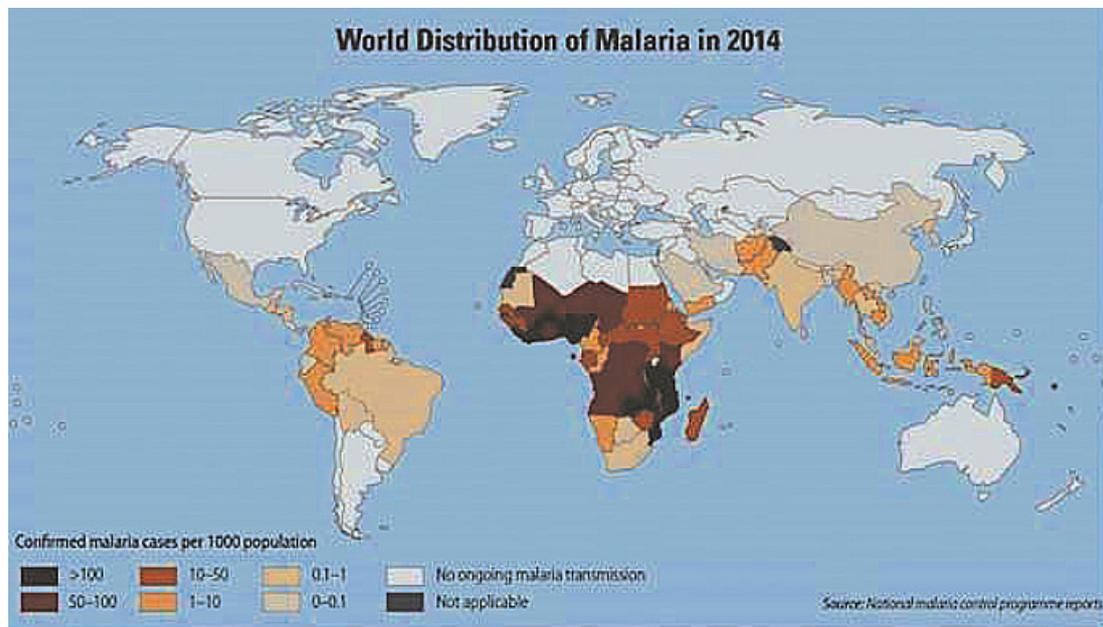
© WHO 2018. All rights reserved.

http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho_sti_anc_syphilis_positive_201808.png

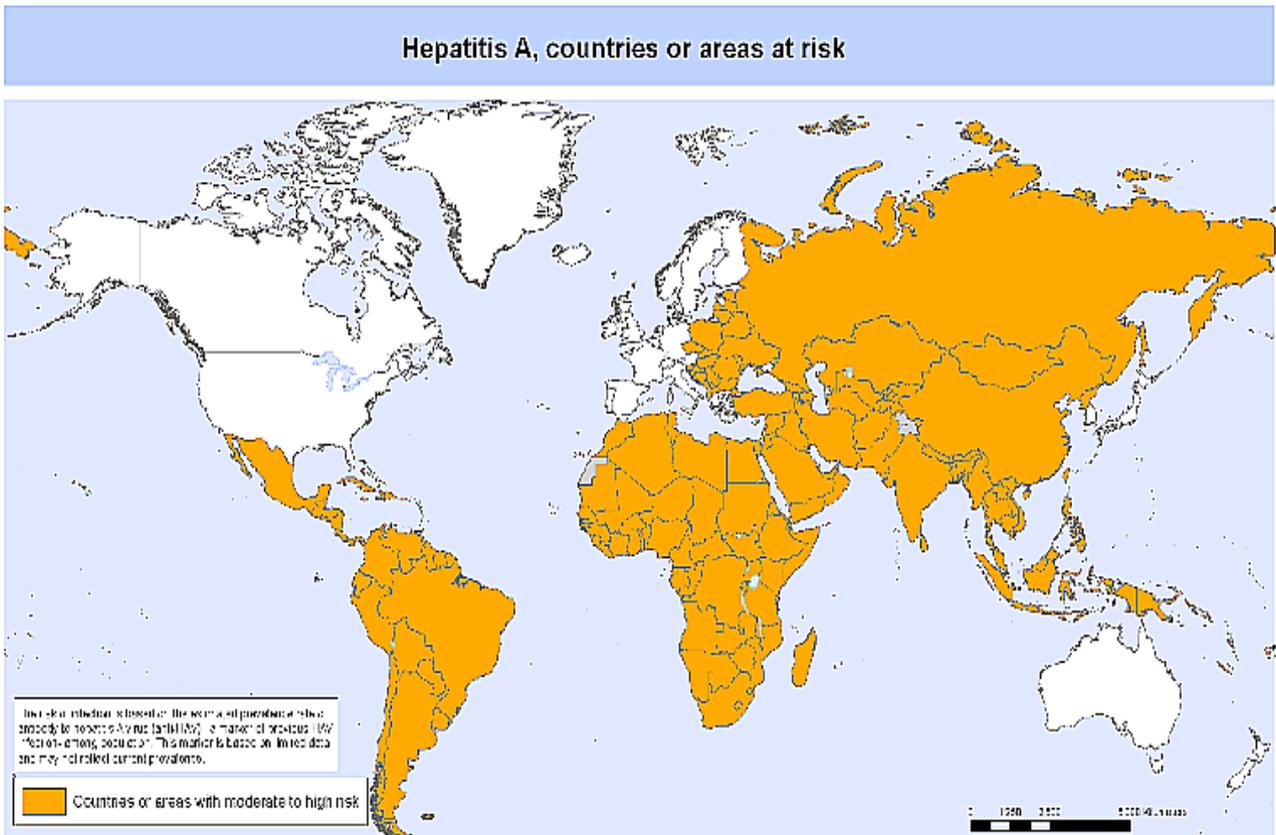
MAPA DE DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE ÁREAS DE RIESGO DE LA HEPATITIS



MAPA DE DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LA MALARIA 2014



MAPA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization, Jacobsen KH, Werema ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine* 2010 Sep;28(41):8853-7
 Map Producer: Public Health Information and Geographic Information Systems (PHIGIS)

 **World Health Organization**
 © WHO 2012. All rights reserved.

http://gamapservr.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepA_IHRiskMap.png?u

Anexo 4

PALABRAS MÁGICAS PARA LA COMUNICACIÓN

PALABRA	PULAR (Senegal)	WOLOF (Senegal)	BAMBARA (Mali)	MANDINGA (Se/Gàm)	FULA (Senegal)	SUNINKÉ (Gàmbia) o SARAHULE	TWI (Ghana)
BUENOS DÍAS	JANWALI	NÀNGADEF	ANISOGÓMA	ÉSSAMA	BELKÉYAM	AUN JAUN	MAACHI
ENHORABUENA	WELTARE (pl) WELTIMA (sing)	NOKU SA BAKAN	NICHÉ		WELTIMA (sing) WELTARE (pl)	GÉO/NKONTANI	ACUAABA
GRACIAS	YÁRAMA	YÉREYEF	INIICHÉ	ABÁRACA	YA ARAMA	NUARI	ME DAASI
ADIOS	GONEN JA	BÁTXI KÁNAM	KÁMBE	FONYATU/FONYÉFE	EMBADINO (MIEI-me'n vaig) ENWADINO (gc)	NDAGA	BYE BYE
POR FAVOR	SABUU ALA (G Conakry-FIÁLA)	BÁLMA	JAQUÉTO	NDÉMA	YAFO NOLABÁ	AN PAJETON	ME PACHÓU

PALABRA	FRANCÉS	ÁRAB	XINÈS	INDI	ROMANÈS	BÚLGAR	HONGARÈS
BUENOS DÍAS	BONJOUR	SABA JANOR (respuesta) SABA IAJER/SALAM	NINJAU	GURU FATE	BUNA ZIUA	DUBROUTO	YORÉGGELT
ENHORABUENA	MÉS FÉLICITATIONS	MABRUK	KOMSI	UADANYA	FELICITARI	CHESTÍTO	GRÓTULALÓK
GRACIAS	MERCI	XUCRAN	SHIÉ SHIÉ	TAN UAT	MULTUMESC	MERCI	KÓESONOM
ADIOS	A BIENTOT /AU REVDIR	MAA SALAMA	CHAI CHIEN	XANGA	LA REVEDERE/CIAO	CIAO	VISONLATASHRO (PÁPA)
POR FAVOR	S'IL VOUS PLAÎT	AAFEEC/MIIN FÁDLEK	PANG MANG	KIRPA KARKE	TERÖG FRÚMÓ	MÓUATE	KÉRAM SEPÉN

"L'elogi crea energia. Utilítzala sovint" – "No hi ha una segona oportunitat per a una primera impressió"
"El elogio crea energía. Utilízala a menudo" – "No hay una segunda oportunidad para una primera impresión"





Interreg
España - Portugal



Fondo Europeo de Desarrollo Regional
Fundo Europeu do Desenvolvimento Regional



JUNTA DE ANDALUCIA