Vall d'Hebron
Hospital

PROTOCOLO DE CRIBADO DE PATOLOGÍA IMPORTADA Y ATENCIÓN AL NIÑO/A INMIGRANTE ASINTOMÁTICO/A

Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría

Unidad de Endocrinología Pediátrica

Unidad de Neurología Pediátrica

(Servicio de Pediatría)

Servicio de Oncología y Hematología Pediátricas

Servicio de Microbiología

Enero de 2021

Hospital Universitari Vall d'Hebron
Universitat Autònoma de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO

AUTORES:

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Categoría profesional	Servicio
Ripoll	Oliveras	Francesc	Pediatra colaborador	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Salazar	Villacorta	Ainara	Pediatra colaboradora	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Gómez	Rodríguez	Julia	Pediatra colaboradora	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Espiau	Guarner	María	Facultativa especialista	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Martín	Nalda	Andrea	Facultativa especialista	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Soriano	Arandes	Antoni	Facultativo especialista	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Mendoza	Palomar	Natalia	Facultativa especialista	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.
Sulleiro	Igual	Elena	Facultativa especialista	Servicio de Microbiología.
Velasco	Puyó	Pablo	Facultativo especialista	Servicio de Oncología y Hematología Pediátricas
Campos	Martorell	Ariadna	Facultativa especialista	Unidad de Endocrinología Pediátrica.
Del Toro	Riera	Mireia	Facultativa especialista	Unidad de Neurología Pediátrica
Soler	Palacín	Pere	Facultativo especialista	Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría.

BREVE RESUMEN DEL CONTENIDO:

Se trata de un protocolo práctico de cribado de patología importada según zonas geográficas de origen para niño/as asintomático/as procedentes de países de baja o media renta donde las enfermedades parasitarias y las enfermedades carenciales son frecuentes y pueden presentarse únicamente de manera subclínica o inespecífica. Por ello es necesario un índice de sospecha alto y una búsqueda activa de las posibles patologías. Este documento se ha consensuado entre todos los servicios implicados.

GESTIÓN DE LAS MODIFICACIONES:

Periodicidad prevista de revisión: cada 3 años o en caso de aparición de novedades significativas en este campo.

REVISIÓN	REVISADO POR	FECHA REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES	VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
01	María Espiau Ainara Salazar Julia Gómez	Julio 2018	Revisión y actualización del contenido	Todos los autores colaboradores	Abril 2019
02	Francesc Ripoll María Espiau	Diciembre 2020	Actualización del estudio serológico a realizar (novedades en amarillo)	AMN, NMP, PSP, ASA, ESI	Enero 2021

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Generalitat de Cataluña, el siglo XXI ha supuesto un extraordinario aumento de la migración en Cataluña. El 1 de enero de 2019 la población extranjera representaba el 15,1% de la población total de Cataluña (fuente: Idescat). La distribución territorial de la población extranjera sigue las pautas de concentración de la población total: lo hace sobre todo en el área metropolitana de Barcelona, litoral y capitales de comarca. A pesar de ello, en el 98% de los 946 municipios de Cataluña reside como mínimo un extranjero y en 38 de las 41 comarcas catalanas más de un 10% de la población total es extranjera. En Cataluña conviven actualmente 179 nacionalidades diferentes, siendo el grupo poblacional más numeroso el marroquí, seguido por las personas procedentes de Rumanía, Ecuador y Bolivia.

Por lo tanto, es notable la importancia de estandarizar y protocolizar la atención inicial de los niños inmigrantes recién llegados a Cataluña, a fin de asegurarles una asistencia sanitaria de calidad y un seguimiento adecuado posterior dentro de nuestro servicio sanitario.

2. OBJETIVO

Estandarización de las pautas de diagnóstico en el cribado de patología importada de los pacientes pediátricos asintomáticos procedentes de países de baja o media renta.

3. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Pacientes pediátricos (< 18 años de edad) asintomáticos, inmigrantes o adoptados, procedentes de países de baja o media renta y que llegan por primera vez a nuestro país. Al final del documento se hace también una propuesta para cribado de viajeros a su país de origen o al de sus padres para visitar familiares y amigos (VFR; *visiting friends and relatives*) asintomáticos. En el caso de viajeros autóctonos se individualizará la realización de cribado realizándose en aquellos con estancias de duración mayor de un mes (p.ej. hijos de cooperantes).

4. ACTIVIDADES. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

El protocolo se ha organizado de forma desglosada para los diferentes lugares de procedencia con una parte común inicial para todos los pacientes. Aun así, se debe individualizar para cada paciente dada la heterogeneidad de las diferentes familias procedentes de un mismo territorio.

Un punto clave a tener en cuenta son las barreras idiomáticas y culturales de los padres o tutores de nuestros pacientes, siendo esencial la figura del mediador, o en su defecto, un familiar o amigo que pueda hacer de traductor. En el Centre de Salut Internacional i Malalties Transmissibles Drassanes-Vall d'Hebron existe un equipo de agentes de salud comunitaria (Tabla I).

4.1. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

De forma generalizada el esquema de historia clínica recomendado es el siguiente:

1. Datos epidemiológicos:

✓ País de origen.

✓ Fecha de llegada a nuestro país.

✓ Itinerario desde el país de origen hasta el nuestro y motivo de la migración.

✓ Condiciones de vida: medio rural/urbano, tipo de vivienda, agua corriente, electricidad, número de convivientes, escolaridad...

✓ Hábitos alimentarios.

2. Antecedentes personales:

✓ Antecedentes embarazo y parto.

✓ Lactancia materna.

✓ Vacunas (incluyendo BCG).

✓ Enfermedades previas: infecciones y/u otras patologías.

✓ Intervenciones quirúrgicas.

✓ Transfusiones sanguíneas y de derivados.

✓ Alergias.

✓ Medicación habitual.

✓ Desarrollo pondoestatural (peso, talla, IMC y PC) y psicomotor.

3. Antecedentes familiares y convivientes:

✓ Enfermedades previas y/o actuales.

✓ Consanguinidad padres.

✓ Historia social.

4. Exploraciones complementarias previas

✓ Serologías.

✓ Prueba de la tuberculina (PT).

✓ Estudio coproparasitológico.

✓ RX torácica.

✓ Otros.

Además, se realizará una exploración física completa por aparatos y antropometría, incluyendo medida de PC hasta los 2 años. Se buscará la cicatriz de la vacuna BCG (zonas típicas: deltoides o escápula).

4.2. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS INDEPENDIENTES DEL LUGAR DE ORIGEN

- Hemograma. Ferritina, transferrina e índice de saturación de transferrina.

Se ampliará estudio según hábitos alimentarios.

* Si en la analítica se detecta anemia con eritrocitos con punteado basófilo, el paciente presenta historia de problemas en el neurodesarrollo y existe historia de posible exposición en su país de origen, se valorará realizar cribado de intoxicación por plomo mediante su determinación en sangre.

* Si se detecta linfopenia en la analítica inicial en menores de un año se valorará la posibilidad de una inmunodeficiencia y se remitirá para estudio a la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría (HUVH).

- Electroforesis de Hb o HPLC: Se debe descartar principalmente drepanocitosis de cara a iniciar medidas preventivas que mejorarán la morbimortalidad de estos pacientes. Por lo tanto, <u>se realizará en niños <5 años</u> (en mayores de esta edad es discutible ya que deberíamos observar signos clínicos y/o analíticos compatibles con hemoglobinopatías). Excluiremos pacientes con cribado neonatal de drepanocitosis (procedentes de Bolivia, Costa Rica o Panamá donde el cribado es sistemático o si aportan documento de realización de cribado neonatal).

Por otro lado, si el hemograma nos indica la posibilidad diagnóstica de talasemia (microcitosis con amplitud ADE y ferritina normal), se indicará su estudio.

- Bioquímica: función renal y hepática, ionograma, metabolismo fosfo-cálcico (calcio, fosfato, fosfatasa alcalina), proteínas, albúmina, colesterol, triglicéridos, TSH y T4 libre, IgE.

*** Vitamina D:** en aquellos niños en riesgo de presentar déficit (poca exposición solar, piel oscura, condiciones que afecten el metabolismo o almacenamiento de la vitamina D –incluyendo la obesidad-, lactancia materna exclusiva prolongada sin suplementación o nutrición pobre).

*** PTH:** en aquellos niños con baja ingesta de calcio, signos o síntomas de raquitismo o múltiples factores de riesgo (ver párrafo anterior).

- Serologías: hepatitis B (HBsAg, Ac antiHBcAg y Ac antiHBsAg), hepatitis C (IgG antiVHC), hepatitis A (IgG antiVHA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *Treponema pallidum*.

- Serologías vacunales: IgG sarampión, IgG rubeola, IgG parotiditis, IgG varicela: se realizaran cuando no se pueda confirmar vacunación previa contra estas enfermedades (no aportan calendario vacunal, dudas sobre la vacunación correcta...). La información verbal de haber sufrido la enfermedad no es criterio para no realizar las serologías. Según el resultado de las serologías se decidirá qué vacunas administrar.

- Serología *Strongyloides stercoralis* (Mapa I).

- Estudio coproparasitológico: por técnica de Ritchie (formol-éter) si es posible; deberá recogerse una muestra en fresco -bote de tapa roja- (la petición se realiza desde la UPIIP). Uso de otras técnicas según disponibilidad.

- PT: Si no hay sospecha clínica de tuberculosis, debería realizarse 2-3 meses tras la llegada del niño, para asegurar que no se encuentra en período ventana.

- Cribado auditivo mediante potenciales auditivos automatizados si la edad es <6 meses y no demostración de realización en país de origen.

Si existe sospecha clínica de sordera en niños >6m-2a se derivará a Unidad de Logopedia y Foniatría para realización de una audiometría condicionada por el juego.

- Cribado de enfermedades endocrino-metabólicas si la edad es <12 meses y en mayores sólo si existe fallo de medro no justificado por el hábito alimentario o retraso del desarrollo:

Solicitar un estudio de hormonas tiroideas, aminoácidos en plasma y ácidos orgánicos en orina.

- Cribado de fibrosis quística: El cribado de fibrosis quística no se puede hacer mediante gota de sangre pasados los 40 días de vida, por lo que se realizará test del sudor (solo en caso de sospecha clínica).

- Aunque no es objeto de este protocolo, la **valoración psicosocial y de salud mental** es también de gran importancia.

4.3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN

4.3.1. EUROPA DEL ESTE

4.3.1.2 CRIBADO SISTEMÁTICO:

- Cribado estándar.

4.3.2. NORTE DE ÁFRICA Y ORIENTE MEDIO

4.3.2.2. CRIBADO SISTEMÁTICO:

- Cribado estándar.

- Exploración de genitales femeninos para descartar mutilación genital femenina (MGF) y anotar en historia clínica (Ver Mapa II).

* Preguntar sobre la práctica de MGF en su país, región y familia. En caso de que la niña pertenezca a una familia con madre o hermanas mutiladas, deberemos informar al padre y a la madre sobre las repercusiones de dicha práctica sobre la salud física, sexual y psicológica y las consecuencias legales para los padres que puede tener su realización en nuestro país o aprovechando un viaje a su país de origen o a otro en que la practiquen. Ofreceremos a los padres firmar el documento de compromiso preventivo (Anexo I). **Es recomendable crear un clima de confianza en visitas previas antes de abordar este tema.**

- **Cuenca del Nilo:** Cribado de esquistosomiasis con serología a *Schistosoma mansoni* (es la serología del género *Schistosoma* de que se dispone). En caso de que ésta sea positiva, tira reactiva o sedimento de orina para valorar presencia de hematuria + estudio uroparasitológico (Mapa III).

- **Otros focos de esquistosomiasis** (ver Mapa III): Cribado de esquistosomiasis por serología. En caso de que ésta sea positiva, tira reactiva o sedimento de orina + uroparasitológico o ampliar estudio coproparasitológico a 3 muestras si la primera resultó negativa, según corresponda (Mapa III).

4.3.3. ÁFRICA SUBSAHARIANA

4.3.3.2. CRIBADO SISTEMÁTICO:

- Cribado estándar.

- Cribado de esquistosomiasis con serología a *Schistosoma mansoni* (es la serología del género *Schistosoma* de que se dispone). En caso de que ésta sea positiva, tira reactiva o sedimento de orina para valorar presencia de hematuria + estudio uroparasitológico y ampliar estudio coproparasitológico a 3 muestras si la primera resultó negativa (Mapa III).

- PCR *Plasmodium spp.* (Mapa IV).

- Cribado de celiaquía en pacientes saharauis.

- Exploración de genitales femeninos para descartar mutilación genital femenina (MGF) y anotar en historia clínica (Ver Mapa II).

* Preguntar sobre la práctica de MGF en su país, región y familia. En caso de que la niña pertenezca a una familia con madre o hermanas mutiladas, deberemos informar al padre y a la madre sobre las repercusiones de dicha práctica sobre la salud física, sexual y psicológica y las consecuencias legales para los padres que puede tener su realización en nuestro país o aprovechando un viaje a su país de origen o a otro en que la practiquen. Ofreceremos a los padres firmar el documento de compromiso preventivo (Anexo I). **Es recomendable crear un clima de confianza en visitas previas antes de abordar este tema.**

4.3.4. AMÉRICA CENTRAL Y DEL SUR

4.3.4.2. CRIBADO SISTEMÁTICO:

- Cribado estándar.

- Serología *Trypanosoma cruzi* (en todos excepto Caribe).

- Serología a *Schistosoma mansoni* si provienen de regiones endémicas (Mapa III). En caso de que ésta sea positiva, ampliar estudio coproparasitológico a 3 muestras si la primera resultó negativa.

4.3.5. SUDESTE ASIÁTICO, SUBCONTINENTE INDIO Y CHINA

4.3.5.2. CRIBADO SISTEMÁTICO:

- Cribado estándar.

- Serología a *Schistosoma mansoni* si provienen de regiones endémicas (Mapa III). En caso de que ésta sea positiva, ampliar estudio coproparasitológico a 3 muestras si la primera resultó negativa.

4.4. CRIBADO DE VIAJEROS VFR

En aquellos viajeros VFR que regresen de estancias mínimas de 1 mes se realizará:

- Historia clínica y exploración física completa teniendo en cuenta peculiaridades de la zona comentadas anteriormente. Se valorará la realización de otras pruebas complementarias en base a los factores de riesgo detectados.

- En niñas en que en la primera visita se haya detectado riesgo de MGF, se reexplorarán genitales. Si se detecta MGF, habría que hacer un parte de lesiones y comunicarlo a protección de menores (DGAIA).

- PT.

- Estudio coproparasitológico.

- En viajeros con estancias superiores a 6 meses valorar realización de hemograma (para valorar eosinofilia) y otras pruebas complementarias según factores de riesgo detectados en la historia clínica.

5. DOCUMENTOS RELACIONADOS

TÍTULO DOCUMENTO	CÓDIGO
Estudio de eosinofilia y/o IgE elevada en niños procedentes de áreas tropicales.	
Malaria en pediatría. Protocolo diagnóstico-terapéutico.	
Cribado de patología importada en el trasplante de progenitores hematopoyéticos	
Protocols usuaris asimptomàtics. Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes. Hospital Universitari Vall d'Hebrón	

6. ANEXOS

6.1 Documento compromiso preventivo (original disponible en "Protocol per a l'abordatge de violència masclista en l'àmbit de la Salut a Catalunya"):

Dades de la nena

Cognoms i nom: DNI / passaport:

Edat: Data de naixement (dd/mm/aa): |__|__|__|__|__|__|

Lloc de naixement: Nacionalitat:

Adreça:

Codi postal: Població: Telèfon: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Dades de la persona responsable de la nena

Cognoms i nom: DNI:

Vinculació: ☐ pare ☐ mare ☐ tutor legal

Data de naixement (dd/mm/aa): |__|__|__|__|__|__| Lloc de naixement: Nacionalitat:

Adreça:

Codi postal: Població: Telèfon: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Dades del metge / de la metgessa que atén la nena

Cognoms i nom: DNI:

Núm. Col.legiat: |__|__|__|__|__| Centre:

Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol

La mutilació genital femenina es considera un atemptat contra els drets humans i està associada a riscos sociosanitaris i psicològics.

A l'Estat espanyol, aquesta intervenció es considera un delicte de lesions en l'article 149.2 del Codi penal, encara que l'operació s'hagi dut a terme fora del país (per exemple a Gàmbia, Senegal, Mali, etc.), segons la modificació de la Llei orgànica del poder judicial 3/2005.

La pena de presó és de 6 a 12 anys per als pares o responsables, la retirada de la pàtria potestat i la possibilitat de l'ingrés de la nena en un centre de protecció de menors.

Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica

País	Nom de l'associació	Telèfon
Gàmbia	Khady Bah	00-220-994.63.53 (directe)

Declaracions

Certificació del metge / de la metgessa sobre les dades mèdiques de la nena

Certifico que la nena referida a la pàgina anterior és una nena sana, que ha seguit els controls establerts en el *Protocol del nen sa* i que se li han administrat les vacunes corresponents per a la seva edat.

He comprovat que els seus genitals estan íntegres i no presenten cap lesió.

Declaració del metge / de la metgessa quant a la informació a la persona responsable de la nena

Declaro haver informat la persona responsable de la nena referida a la pàgina anterior, dels aspectes següents relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut:

- Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
- Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
- Compromís de demanar hora per a una revisió general de salut, immediatament després de la tornada de les vacances que es facin en el país d'origen de la família.
- Compromís de facilitar a la nena la medicació que se li ha subministrat per prevenir la malària durant les vacances en el país d'origen de la família i quantitats importants d'aigua, bullida prèviament o embotellada.

Compromís informat de la persona responsable de la nena

Declaro haver estat informat/da pel metge o la metgessa que atén la meva filla / la nena de qui sóc responsable dels diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut, especificats a l'apartat anterior.
Considero que he entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes explicacions.
Em comprometo a tenir la cura de la salut de la meva filla / de la nena de qui sóc responsable i a evitar la seva mutilació genital.
I perquè consti, llegeixo i signo l'original d'aquest compromís informat, per duplicat, del qual em quedo una còpia.

Signatures

Signatura dels pares / de la persona responsable de la nena

Signatura del metge / de la metgessa que l'atén

Lloc i data

6.2 Particularidades del cribado endocrinometabólico según enfermedad:

Enfermedades incluidas dentro del cribado neonatal en Cataluña actualmente:

- **Trastornos metabolismo AA:**

Fenilcetonuria: No se realiza cribado en: Kosovo, Macedonia, Malta y Montenegro (Europa); Oriente medio y norte de África (datos limitados); Bolivia, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras (Latinoamérica); Bangladesh, Camboya, Hong Kong, India, Malaysia, Mongolia, Myanmar, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Vietnam (Asia).

Enfermedad jarabe de arce (leucinosis): Se realiza cribado en: Costa Rica y Uruguay (Latinoamérica); Japón, Corea del Sur, Palau, Filipinas, Singapur y Taiwán (Asia); datos limitados Oriente Medio y África

Tirosinemia tipo I: Se realiza cribado en: Costa Rica (dentro de Latinoamérica); Japón, Corea Sud, Singapur, Taiwán (Asia); Datos limitados Oriente Medio y África.

Citrulinemia: Datos limitados Oriente Medio y África, Latinoamérica y Asia.

Homocistinuria: Datos limitados Oriente Medio y África; sólo cribada de forma generalizada en Costa Rica y según programas nacionales en cada país en algunas regiones (Latinoamérica); Japón, Corea Sud, Singapur, Taiwán (Asia)

- **Trastornos del metabolismo de los ácidos orgánicos:**

- Aciduria glutárica tipo I
- Acidemia isovárica
- Acidemia metilmalónica
- Deficiencia de 3-hidrosi-3-metilglutaril-CoA-liasa
- Deficiencia de B-cetotiolasa
- Acidemia propiónica

Datos limitados Oriente Medio y África; cribada en Costa Rica (Latinoamérica); cribada en Japón, Corea de Sur, Singapur, Taiwán (Asia).

- **Trastornos del metabolismo de los ácidos grasos:**

- MCAD
- VLCAD
- LCHAD/TFP
- CPT-1
- CPT-2
- MADD
- CUD

Datos limitados en Oriente Medio y África; cribada en Argentina y Costa Rica (Latinoamérica); cribada en Japón, Corea Sud, Singapur, Taiwán (Asia).

- **Otras enfermedades:**

- Hipotiroidismo congénito: Cribado generalizado. Destacar porcentaje bajo de cribado en Iraq y Líbano (Oriente Medio); no generalizado en El Salvador y República Dominicana (Latinoamérica); sólo en determinados lugares de Camboya, India, indonesia, Laos, Pakistán, Sri Lanka y Vietnam.
- Enfermedad células falciformes/hemoglobinopatías: Datos limitados Oriente Medio y África; cribado generalizado en Bolivia, Costa Rica y Panamá(dentro de Latinoamérica); no datos en Asia.
- IDCG: Datos muy limitados sobre cribado en países de baja renta. Se asume no realización de cribado.

En África Subsahariana la información sobre el cribado de estas enfermedades es muy limitada. Sólo se dispone de cribado neonatal en algunas regiones de: hipotiroidismo congénito y anemia de células falciformes.

7. TABLAS

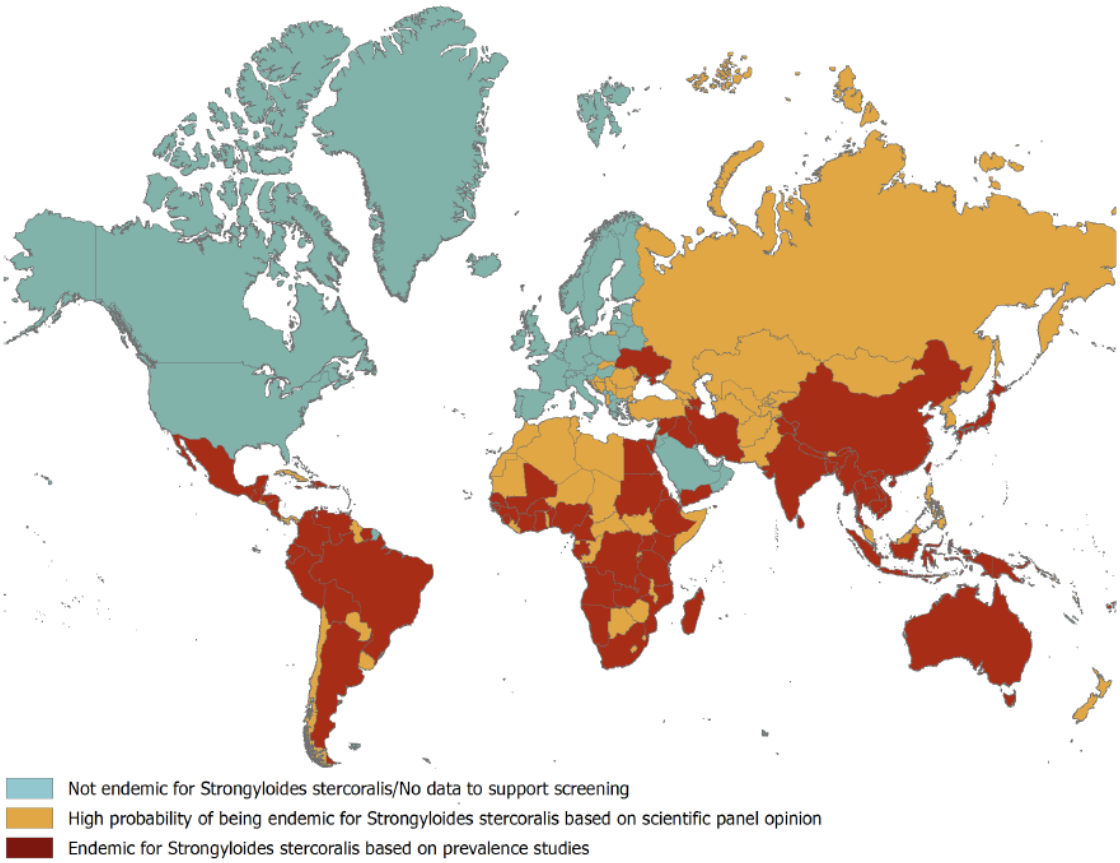
Tabla I: Equipo de agentes de salud comunitaria.

NOM A.C.S	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
Tahir Rafi Pakistan/India/Bangladesh Urdu/Punjabi/Inglés	09:00-14:00 Assistència	09:00-14:00 Assistència	09:00-14:00 Assistència	09:00-14:00 Assistència	09:00-14:00 Assistència
Apolonia Salomón Àfrica Subsahariana Bubi/Piching/inglish		9:00-14:00 Assistència	9:00-14:00 Assistència	9:00-14:00 Assistència	
Estefa Choque Amèrica Llatina Quechua / Castellano		14:30-17:00 Assistència		14:30-17:00 Assistència	
Abdallah Denial Magreb Àrab/Francès	10:00-14:00 Assistència	10:00-14:30 Assistència	10:00-14:30 Assistència	10:00-14:30 Assistència	13:00-17:00 Assistència
Isabel Riesa Àfrica Subsahariana Bubi/Pichinginglish		10:00-14:00 Assistència			
Baye Elimane Thiaw Àfrica Subsahariana Wolof/Francès		10:00-14:00 Assistència (No fix)			
Sumaira Tahir Pakistan/India/Bangladesh Urdu/Punjabi/Inglés	09:00-13:00 Assistència				
Maira Guzman Amèrica Llatina		10:00-14:00 Assistència			

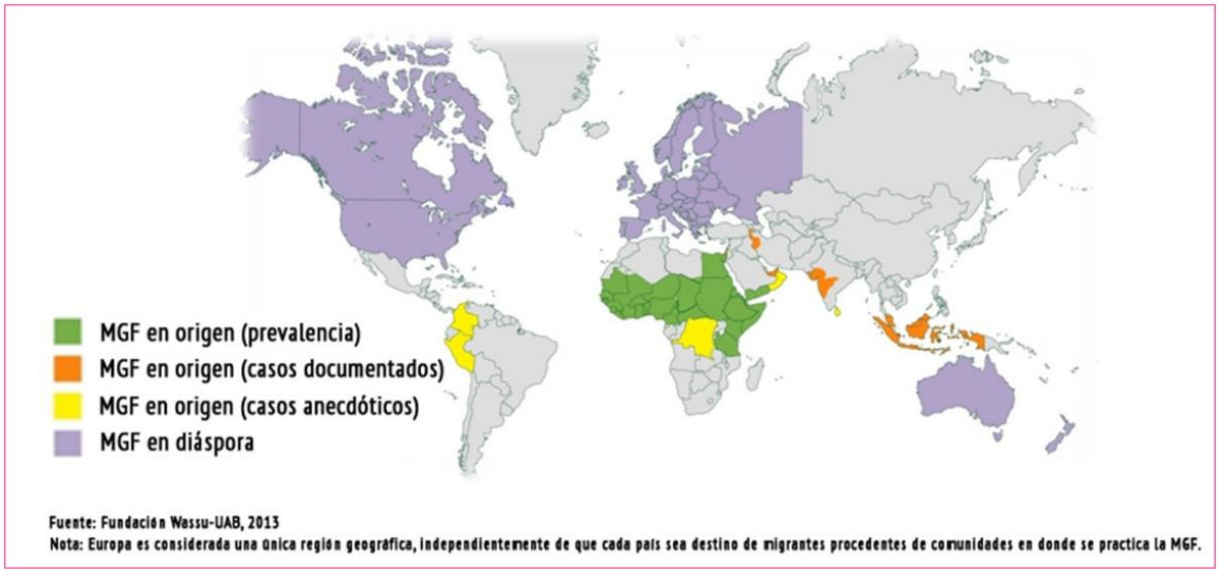
Per contactar: **Agents comunitaris de salut. Tel 934894408 . Ext.8092/8093**
Coordinació: Infermera : Hakima Ouaarab Essadek. Ext. 8094
Direcció: Dr. Jordi Gomez i Prat . Ext. 8087

8. MAPAS

Mapa I: Distribución *Strongyloides stercoralis* (Fuente: ECDC, 2018)



Mapa II: Mutilación genital femenina (Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2013):



Mapa III: Distribución *Schistosoma spp.* (Fuente: WHO, 2012)

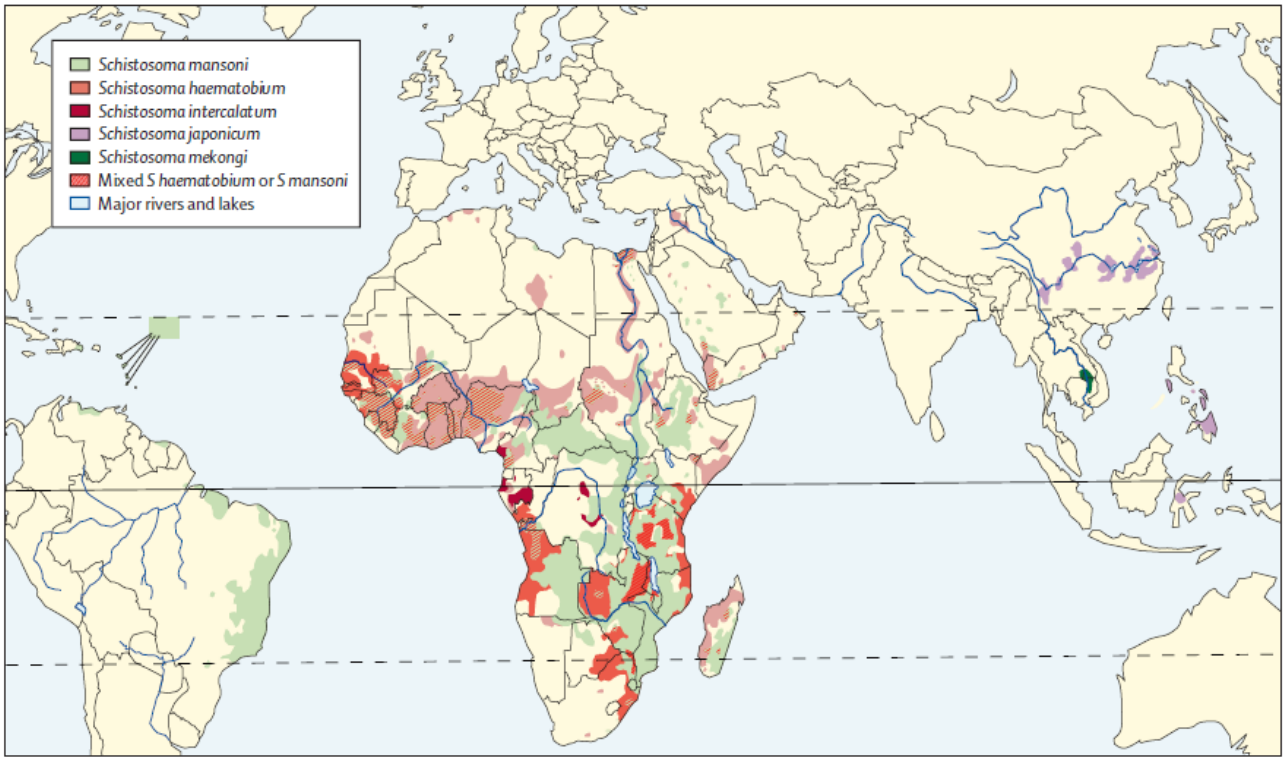


Figure 2: **Global distribution of countries where human schistosomiasis is transmitted.**
Adapted from Gryseels and colleagues.[5]

Mapa IV: Distribución mundial malaria (Fuente: CDC, 2016)

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Masvidal Aliberch RM. Protocolo de atención al niño inmigrante y refugiado. Pediatría Atención Primaria. 2016;18:19-28.

2. Therrell BL, Padilla CD, Loeber JG, Kneisser I, Saadallah A, Borrajo GJ, Adams J. Current status of newborn screening worldwide: 2015. Seminars in Perinatology 2015 Apr 1 (Vol. 39, No. 3, pp. 171-187). WB Saunders.

3. Bocanegra C, Salvador F, Sulleiro E, Sánchez-Montalvá A, Pahissa A, Molina I. Screening for imported diseases in an immigrant population: experience from a teaching hospital in Barcelona, Spain. The American journal of tropical medicine and hygiene. 2014 Dec 3;91(6):1277-81.

4. Ghauri MI, Imadud-Deen KA, Kumar A, Razzak S. Late Congenital Syphilis: A Rarity but Reality. J Clin Stud Med Case Rep. 2016;3:026.

5. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. Archives of disease in childhood. 2008 Feb 1;93(2):105-9.

6. Soriano JM, Domènech G, Mañes J, Catalá-Gregori AI, Barikmo IE. Disorders of malnutrition among the Saharawi children. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. 2011 Jan 1;15(1):10-9.

7. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. ECDC. 2018

8. Requena-Méndez A, Buonfrate D, Gomez-Junyent J, Zammarchi L, Bisoffi Z, Muñoz J. Evidence-Based Guidelines for Screening and Management of Strongyloidiasis in Non-Endemic Countries. Am J Trop Med Hyg. 2017 Sep;97(3):645-652.

9. Agbata EN, Morton RL, Bisoffi Z, Bottieau E, Greenaway C, Biggs BA, Montero N, Tran A, Rowbotham N, Arevalo-Rodriguez I, Myran DT, Noori T, Alonso-Coello P, Pottie K, Requena-Méndez A. Effectiveness of Screening and Treatment Approaches for Schistosomiasis and Strongyloidiasis in Newly-Arrived Migrants from Endemic Countries in the EU/EEA: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2018 Dec 20;16(1):11.

10. Casado L, Rodriguez-Guardado A, Boga JA, Fernández-Suarez J, Martínez-Camblor P, Rodríguez-Perez M, García-Pérez A, Vazquez F, Gascon J. Use of serology in a systematic

screening programme for strongyloidiasis in an immigrant population. Int J Infect Dis. 2019 Nov;88:60-64.

11. Chaves NJ, Paxton G, Biggs BA, Thambiran A, Smith M, Williams J, et al. on behalf of the Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia Guidelines writing group. Recommendations for comprehensive postarrival health assessment for people from refugee-like backgrounds. Australasian Society for Infectious Diseases Inc., 2016.

12. Staat MA, Stadler LP, Donauer S, Trehan I, Rice M, Salisbury S. Serologic testing to verify the immune status of internationally adopted children against vaccine preventable diseases. Vaccine. 2010;28:7947-55

13. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; feb/2018. [consultado el 24/12/2020]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-12