

Actuaciones para el cribado clínico y epidemiológico a las personas migrantes que llegan a Cataluña

Marzo 22



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

Il·lustració 1

Algunos derechos reservados

© 2022, ASPCAT. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edición:

Agencia de Salud Pública de Cataluña. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

2ª edición:

Barcelona, marzo 2022

Asesoramiento lingüístico:

Servicio de Planificación Lingüística. Departamento de Salud

URL:

https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Vigilancia_epidemiologica/documents/arxius/actuacions-migrants.pdf

Índice

Introducción	4
Actuaciones de salud pública en el ámbito de los cribados y vacunaciones.....	5
Fase 0. Punto de entrada en Cataluña	5
1. Actuaciones previas a la llegada.....	5
2. Actuaciones a la llegada.....	7
Fase 1. Centro de acogida / Alojamiento de primera instancia.....	9
1. Actuaciones a la llegada.....	9
2. Medidas higiénicas y de prevención de enfermedades	9
3. Inmunización sistemática	12
Fase 2. Destino final-alojamiento	14
1. Pruebas de laboratorio específicas para determinar hepatitis C, VIH y sífilis	14
2. Examen de lesiones dermatológicas.....	14
3. Diagnóstico de enfermedades con sintomatología gastrointestinal	15
4. Diagnóstico de enfermedades con sintomatología respiratoria	15
5. Diagnóstico de enfermedades con sintomatología neurológica.....	15
6. Diagnóstico de enfermedades transmisibles.....	15
7. Vigilancia sindrómica.....	15
8. Inmunización en el destino final	16
Documentos de consulta.....	17
Anexo 0 Diagrama de actuaciones a la llegada y en casos confirmados de COVID-19.....	18
Anexo 1 SVE y respuesta a emergencias de salud pública territoriales y S UVEC.....	18
Anexo 2 Anamnesis en la fase 0 o fase 1.....	22
Anexo 3 Diagnósticos diferenciales de enfermedades infecciosas en personas desplazadas	24
Anexo 4 Posibles tratamientos para infecciones parasitarias.....	24
Anexo 5 Pautas de vacunación de rescate, dosis e intervalos mínimos entre dosis >18 años	27
Anexo 6 Formularios de autorización de vacunación.....	28
Anexo 7 Síntomas y señales y enfermedades más frecuentes en países tropicales.....	30

Anexo 8 Criterios de salubridad en asentamientos humanos no permanentes organizados por las administraciones.....	33
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Introducción

En los últimos años, ha aumentado exponencialmente el número de personas migrantes y refugiadas que llega a Europa, ya sea huyendo de países que se encuentran en situaciones de guerra, conflicto y con un nivel extremo de violencia, o bien de situaciones de extrema pobreza que las empujan a buscar un futuro digno lejos de su hogar.

En nuestro entorno, la llegada de migrantes y refugiados de forma irregular por vía marítima y terrestre aumentó notablemente durante el primer semestre del año 2018. Se trata esencialmente de personas que llegan por costa a la frontera sur de la península ibérica y que en ocasiones son rescatadas en alta mar y posteriormente trasladadas a puertos seguros. En marzo del 2022, se suman personas que llegan huyendo de la crisis de Ucrania, momento en el que se actualiza el protocolo del 2019 y que podría aplicarse en futuras crisis humanitarias de características similares.

En este caso, el recorrido antes de llegar a nuestro país, o las condiciones en que se abandona el país de origen, puede favorecer la aparición de enfermedades transmisibles y no transmisibles o el agravamiento de patologías de base que no han sido tratadas durante este periodo de tiempo.

En su llegada al territorio español, en el marco de los dispositivos de emergencia que se activan con cada nueva alerta, se pone en marcha un protocolo de filiación y atención social y sanitaria. Al cabo de pocos días son trasladados a otros puntos del territorio donde se les proporciona un entorno donde puedan recuperarse y recibir una atención más individualizada e integral. Este protocolo consensua un marco de recomendaciones de salud pública para los actores que intervendrán en salud asistencial y pública, desde el momento de la llegada y para priorizar las actuaciones. Las recomendaciones se centran en la prevención y el control de las enfermedades infecciosas que pueden afectar más a la salud de la persona desplazada. Como mínimo, tienen que estar complementadas por otras medidas relacionadas con la atención y el seguimiento de enfermedades crónicas y patologías mentales y post-traumáticas.

Se debe tener en cuenta que a menudo las personas migrantes o refugiadas manifiestan la voluntad de dar continuidad a su proceso migratorio viajando a otros países o a otras comunidades autónomas, situación en la que se les ofrece asesoramiento profesional.

En el marco de Cataluña, las personas migrantes o refugiadas, antes de ser trasladadas al centro de acogida establecido o domicilio particular donde estarán acogidas, tendrían que pasar un primer cribado sistemático en el punto de entrada. En la medida en que las capacidades organizativas lo permitan, los resultados de este primer cribado tienen que estar disponibles en el centro de acogida que las recibe inicialmente, así como en el destino final.

Los **objetivos** de este protocolo son:

- Concienciar de la necesidad de la continuidad de los programas de vacunación y conocer las vulnerabilidades frente a las enfermedades infecciosas de la población desplazada.

- Detectar rápidamente cualquier problema de salud (aunque este protocolo está más centrado en enfermedades transmisibles) y prevenirlos en un futuro.
- Ofrecer un marco general de recomendaciones sobre las actuaciones inmediatas de cribado y vacunaciones que tendrán que hacerse operativos en los diferentes puntos del territorio por parte de las instituciones competentes.
- Detectar y prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles en el territorio, microorganismos no habituales en el territorio, o nuevas cepas importadas (por ejemplo, sarampión, poliomielitis, tuberculosis multirresistente o resistencias antimicrobianas, entre otros) y que supondrían un riesgo de salud pública.

1 Actuaciones de salud pública en el ámbito de los cribados y vacunaciones

Fase 0. Punto de entrada en Cataluña

1. Actuaciones previas a la llegada

Cuando se conoce la llegada programada de un grupo de migrantes se tienen que realizar las actuaciones destinadas a obtener información sanitaria de la población que lo compone. Si el grupo llega por mar, la Subdirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública (SGVRESP) tiene que solicitar esta información a Sanidad Exterior y al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que tiene que intentar establecer contacto con interlocutores y/o responsables médicos del pasaje si los hubiera (ver el anexo 0).

Siempre que sea posible, **se intentará obtener información básica sobre el viaje** (fecha, lugar y medio de entrada) y **sobre la composición y estado de salud** del grupo (número de personas, sexo y edad, país de origen, patologías relevantes; entre las mujeres, si hay embarazadas, y entre los menores, si viajan solos¹).

Esta información la recogen las instituciones asignadas (Cruz Roja, por ejemplo) y se tiene que trasladar al CatSalut, y a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (XVEC) o al Servicio de Urgencias Epidemiológicas de Cataluña (SUVEC) (ver el anexo 1), cuando se considere necesario (sospecha de brote, u otras enfermedades de declaración urgente, como en el resto de la población).

Tabla 1. Enfermedades infecciosas más prevalentes en Ucrania.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES MÁS PREVALENTES EN UCRANIA

Son la causa del 2% de todas las muertes y el 5% de la carga de la enfermedad

¹ *Guía de Actuación para la Atención Sanitaria en Centros de Acogida de Inmigrantes*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (protocolo en elaboración).

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES MÁS PREVALENTES EN UCRANIA

Tuberculosis (TB). Tasa de 74 casos por 100.000 habitantes. Incidencia total: 32.000 (TB/HIV: 7.000). Cobertura del tratamiento: 55%. Total de casos notificados en el 2020 (nuevos y recaídas): 19.521. Prevalencia coinfección con VIH 22%; presencia de resistencias y multirresistencias (33% de los pacientes con TB pulmonar) y de estas, el 27% son preXDR/XDR-TB. En Ucrania se prescribe la vacunación con BCG con una cobertura de 92.7% en el 2020.

VIH. Prevalencia del 1% en población general. Personas que viven con VIH: 260.000. 21 casos nuevos por 100.000 habitantes. La prevalencia de la coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC) es del 25% y por el virus de la hepatitis B (VHB) del 9%. La prevalencia de la coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC) es del 25% y por el virus de la hepatitis B (VHB) del 9%. 21 nuevos casos por 100.000 habitantes.

Hepatitis virales (VHA, VHB y VHC). La infección por VHC es un problema de salud pública en Ucrania con una prevalencia del 2,8% en población general, con una elevada prevalencia de coinfección por VIH.

Rabia. En Ucrania la rabia es endémica y está extendida en animales y personas. En los últimos 25 años, se han registrado 63 casos de rabia en humanos. Las principales fuentes de rabia fueron perros (24 casos) y gatos (22 casos). La Unión Europea (UE) ha decidido facilitar el proceso para el movimiento no comercial de animales de compañía en el territorio de la UE, para facilitar el desplazamiento de las personas con sus mascotas.

Difteria, tétanos y tos ferina (DTP). Se notificaron 10 casos de difteria en Ucrania en el 2018 (OLMOS). En el caso de la tos ferina se han notificado más de 2.000 casos en el 2018 y 2019, y 1.410 casos en el 2020. Con respecto al tétanos se han notificado 12 casos en el 2020 y 7 en el 2021. Las coberturas de vacunación enfrente de la DTP también se encuentran entorno al 80%.

Gripe estacional. Ucrania tiene bajas coberturas de vacunación de gripe estacional en la temporada 2021-2022 (164.939 personas vacunadas desde el inicio de la temporada actual).

Enfermedades de transmisión sexual: tasas altas comparadas con países de la UE.

Hay que destacar:

- La baja esperanza de vida entre los hombres: 66,7 años (76,7 años en las mujeres).
- VIH, TB (multirresistente y extremadamente resistente) y hepatitis con una de las tasas más altas de Europa.
- La cobertura de vacunación sistemática en niños sigue siendo baja.
- 2021: brote de poliomielitis (poliovirus derivado de la vacuna circulante) con dos casos paralíticos (octubre y diciembre de 2021), y un total de 21 individuos en dos regiones que tenían aislamiento positivo de cVDPV2 en ejemplares de excremento.
- Sarampión: 57.000 casos notificados en el 2019, representando el 50% de los casos notificados de toda Europa (enero-noviembre de 2019).

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES MÁS PREVALENTES EN UCRANIA

- **La cobertura de la vacuna triple vírica disminuyó del 2008-2016 de 96% a 45% por falta de vacunas.**
- COVID-19: 4.879.339 infecciones y 106.739 muertos relacionados con la COVID-19 (desde el inicio hasta febrero de 2022). Del 21 al 27 de febrero 2022: > 240.000 casos/semana y 1.300 muertes declaradas.
- Los elevados niveles de incidencia de la **COVID-19** representan un riesgo significativo de enfermedad grave y muerte, especialmente teniendo en cuenta la **baja tasa de vacunación (36%)**.

2. Actuaciones a la llegada

Detección de situaciones sanitarias urgentes de las personas con síntomas al llegar y que son derivadas al centro de salud:

- La anamnesis y exploración física tienen una gran relevancia para detectar problemas de nutrición, descompensaciones de patologías crónicas, o patologías agudas transmisibles (ver el anexo 3 y 7) y no transmisibles. La detección de enfermedades infecciosas tiene que priorizarse a aquellas personas con síntomas, siempre considerando su prevalencia en el país de origen.
- **Detección urgente de enfermedades de declaración individualizada (EDI), susceptibles de provocar la aparición de brotes.**
- Detección de enfermedades crónicas descompensadas por interrupciones del tratamiento o falta de seguimiento, problemas mentales y psicológicos (tener en cuenta el servicio de psicólogos de urgencia del [SEM ver el 061 Salut Respon](#)) y seguimiento de mujeres embarazadas ([ver el protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña](#)).

La anamnesis es una herramienta fundamental y básica. Conviene tener en cuenta que las **diferencias lingüísticas, culturales y religiosas** pueden dificultar la fluidez e interpretación. Conviene disponer de una persona mediadora o traductora ([ver el 061 Salut Respon](#)). Hay que tener presente que el concepto de salud y enfermedad es diferente para las personas que provienen de realidades muy diferentes a la de nuestro entorno.

Notificación de enfermedades a los servicios de vigilancia epidemiológica

Cualquier caso de sospecha de enfermedad transmisible **incluida en la [lista de enfermedades de declaración obligatoria \(EDO\)](#)** –según la adaptación de la normativa europea en Cataluña y los nuevos requerimientos internacionales en materia de vigilancia epidemiológica– se tiene que **notificar por parte del personal médico asistencial o equipo asistencial que la haya evaluado a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (XVEC)** o, si es fuera del horario laboral, al **Servicio de Urgencias de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (SUVEC)** (ver el anexo 1) según los circuitos y criterios establecidos en el Decreto 203/2015 de 15 de septiembre, “por el que se crea la

Red de Vigilancia Epidemiológica y se regulan los sistemas de notificación de enfermedades de declaración obligatoria y brotes epidémicos”, y desde este punto se tiene que notificar a la **Subdirección General de Vigilancia y Respuesta** a Emergencias de Salud Pública (SGVRESP) de la ASPCAT.

Detección y definición de brote (OMS)

Un **brote** ocurre por el aumento inusual del número de casos de una enfermedad superior al esperado en una determinada comunidad, área geográfica o estación del año.

Se define como brote dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. Para determinadas enfermedades la existencia de **un caso único** bajo vigilancia en una zona donde no existía la enfermedad se considera también un brote.

En el anexo 1 se encuentran la lista de los servicios de vigilancia epidemiológica del territorio para declarar la aparición de un brote.

Por otra parte, sería recomendable una **evaluación sindrómica** amplia, dado que nos podemos encontrar con procesos tanto agudos, como subcrónicos o evolucionados.

Esta evaluación la deben hacer los profesionales de los dispositivos de referencia del alojamiento o domicilio de las personas migradas o refugiadas.

Diagnósticos diferenciales a considerar a partir de algunos de los síntomas más frecuentes (ver la infografía en el anexo 3):

Tos, odinofagia, disnea: gripe, resfriado común (adenovirus, rinovirus, parainfluenza y otros coronavirus estacionales, etc.), virus respiratorio sincicial (VRS), COVID-19 (ver el anexo 0 y el [procedimiento de actuación frente a casos de infección por el coronavirus SARS-CoV-2](#)), enfermedad neumocócica, legionelosis.

Adenopatías, odinofagia y membranas grisáceas amigdalares: sospecha de **difteria** (aunque también puede ser asintomática).

Tos (persistente), pérdida de peso: sospecha de **tuberculosis, tos ferina**.

Debilidad repentina de los miembros, pérdida de tono muscular y reflejos, caídas, debilidad facial (dificultad para mover los ojos, párpados doblados), dificultad para hablar o discurso pronunciado: sospecha de **parálisis flácida aguda/poliomielitis; botulismo; tétanos**.

Fiebre y rash: sarampión, rubéola, varicela, leptospirosis, enfermedades transmitidas por piojos (rickettsiosis, fiebre recurrente, etc.).

Fiebre y cefalea o signos neurológicos: meningitis/encefalitis (víricas o bacterianas invasivas).

Diarrea: gastroenteritis viral; shigella, *E. coli*, *Campylobacter*, *Cryptosporidium*; salmonelosis; COVID-19, cólera, etc.

Heridas post-traumáticas que no curan: pensar en resistencias antimicrobianas y hacer cultivo.

Además, en el anexo 4 se pueden encontrar los síntomas y signos y enfermedades más frecuentes en personas provenientes de países tropicales.

Vacunaciones de rescate

Para aquellas personas que se encuentren en situación administrativa irregular (y desconozcan su estado vacunal) se iniciarían las pautas de rescate de vacunación (ver los anexos 5 y 6 y el enlace debajo), las cuales se indican en el protocolo actualizado y que incluye la vacunación contra la COVID-19 a partir de los 5 años:

Td adultos; MenACWY; HB; SRP; polio Salk y COVID-19 según las recomendaciones específicas e idealmente actualizarlas en un carné vacunal:

[Manual de vacunaciones de rescate](#): esquema de las vacunaciones de rescate, en caso de desconocer el estatus vacunal.

[Recomendaciones de vacunación para personas desplazadas desde Ucrania](#). Además, este documento contiene un cuestionario prevacunal (traducido al ucraniano).

Fase 1. Centro de acogida / Alojamiento de primera instancia

1. Actuaciones a la llegada

Nos podemos encontrar que los refugiados se encuentren en un centro temporal de acogida como un hotel, albergue, etc., antes de ir a un alojamiento definitivo, este apartado se refiere a esta situación.

Siempre que sea posible se aplicará un sistema de identificación y registro de los migrantes mediante un código personal y/o documento identificativo específico, con el fin de disponer de una identificación segura de la persona y asociación a su información clínica ([ver los documentos para la obtención de la tarjeta sanitaria individual \(TSI\) para las personas migradas](#)).

Las personas que hayan superado el cribado de la fase 0 tienen que ser trasladadas a los centros de acogida establecidos. En caso de no ser trasladados y establecerse en domicilios particulares en el momento de vincularse al sistema sanitario, se llevarán a cabo las mismas actuaciones.

Las medidas prioritarias de salud pública que tiene que efectuar el sistema sanitario responsable, cuando sea posible (equipos sanitarios específicos del recurso o CAP de referencia donde es dada de alta la persona), son las siguientes:

2. Medidas higiénicas y de prevención de enfermedades

- **Enfermedad tuberculosa.** Vista la elevada incidencia de la tuberculosis en los países de donde provienen las personas que migran, es preciso hacer una evaluación y aplicar el Protocolo para la prevención y el control de la tuberculosis de la SGVRESP ([ver el protocolo para la prevención y el control de la tuberculosis](#)).

a) Detección de la enfermedad (personas con sospecha de tuberculosis)

Ante sintomatología respiratoria (tos persistente de más de dos semanas, pérdida de peso, sudoración nocturna):

Se recomienda una **radiología de tórax** y **recogida de esputos**, y se valorará utilizar pruebas moleculares rápidas, si están disponibles (Gene-Xpert), teniendo en cuenta las altas tasas de resistencias.

Los niños menores de 5 años no vacunados previamente con BCG y que provienen de países con una alta incidencia, la prueba de la tuberculina se considera positiva a partir de 5 mm. En el resto de las personas migrantes la prueba se considera positiva a partir de 10 mm.

El diagnóstico incluye la realización de antibiograma en fármacos de primera línea y, según los resultados, en los de segunda línea.

La persona con enfermedad tuberculosa requiere que se le apliquen las **precauciones para evitar la transmisión por aire, hasta que pasen quince días desde el inicio del tratamiento completo**, momento en que la enfermedad deja de ser contagiosa si tiene un resultado de esputo negativo. Es fundamental ser riguroso en la aplicación del tratamiento. El clínico seleccionará la pauta más adecuada, teniendo en cuenta la coexistencia de otras enfermedades y posibles interacciones, y consensuará con la persona afectada la mejor pauta para un buen cumplimiento.

Se tendrá que asegurar el tratamiento en todos los casos diagnosticados de enfermedad tuberculosa, y de los contactos también diagnosticados como tales, evaluar la potencial adherencia al tratamiento y valoración de inclusión en programas de tratamiento directamente observado (TDO). Se tendrá que tener en cuenta en las personas que hayan iniciado el tratamiento la posibilidad de traslado a otro lugar o país durante su duración, hecho por el que se tendrá que garantizar el intercambio de información a través de las vías correspondientes.

Si se detecta alguna persona bacilífera es aconsejable seguir las [recomendaciones para la realización de estudios de contactos de enfermos con tuberculosis en Cataluña](#). Si entre los contactos de este caso bacilífero se encuentran niños, hay que recordar que el abordaje en niños presenta ciertas particularidades, como en menores de 5 años, que pueden requerir prueba de Mantoux y placa de tórax simultáneas (e IGRA, eventualmente), con la aplicación de tratamiento profiláctico si las pruebas son correctas ([ver las recomendaciones para la prevención y el control de la tuberculosis pediátrica en Cataluña](#)).

Ante la sospecha de un caso de tuberculosis, se tiene que **notificar urgentemente** a la **Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (XVEC)** o, si es fuera del horario laboral, al **Servicio de Urgencias de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (SUVEC)**, y desde este punto se tiene que notificar de manera urgente a la **Subdirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública (SGVRESP) de la ASPCAT** (ver el anexo 1).

b) Detección de la infección tuberculosa (IT). En un segundo término, en el resto de la población procedente de países con alta incidencia, se tiene que detectar la infección tuberculosa **cuando las personas, ya estén establecidas en un domicilio, y tengan contacto con el centro sanitario.**

Se aconseja **descartar ITL a todos los menores de 15 años (según el último protocolo actualizado)**, y **priorizar los de menos de 5 años.** Se hará Mantoux

(IGRA es preferible, si es posible, a causa de BCG y a otras micobacterias que pueden dar falsos positivos) a los recién llegados haciendo una valoración individualizada de la persona y **priorizar además los niños de menos de 5 años, las personas contactos de un paciente con enfermedad activa de tuberculosis, inmunodeprimidos (y en todas las infecciones por VIH) y embarazadas de riesgo (que hayan estado en contacto con un enfermo de tuberculosis o que hayan estado en zonas con un alto grado de endemia)**. Valorar la priorización, también, de ciertos colectivos profesionales (del ámbito sanitario, por ejemplo, personal médico, de enfermería que llegan) y de personas que fueran ya vulnerables socialmente (sin techo, por ejemplo).

A partir de los resultados obtenidos, se ampliarán las pruebas con radiografías para determinar el diagnóstico de la enfermedad o si existe una **infección tuberculosa latente**.

Según los resultados, es preciso **administrar tratamiento preventivo y hacer tratamiento por los centros de referencia especializados, si procede** ([ver el protocolo para la prevención y el control de la tuberculosis](#)).

Si el resultado es negativo, se tiene que valorar la necesidad de repetir la prueba a las doce semanas. Esta información tiene que quedar registrada para poder verificarla en la fase 2.

CONSIDERACIONES

- Las personas que llegan ya diagnosticadas o tomando quimioprofilaxis: se asegurará la continuidad de los tratamientos iniciados en todos los casos, valorando la condición clínica actual y el tiempo de interrupción del tratamiento (caso de persona diagnosticada de tuberculosis, de infección latente o que reciben quimioprofilaxis si ha sido un contacto).
- Explorar la posibilidad de identificar centros sanitarios en Cataluña para el abordaje y seguimiento del tratamiento de las formas MDR, pre-XDR y XDR-TB, junto con la posibilidad de disponer de stock de fármacos antituberculosos.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica y microbiológica: Se tienen que establecer y revisar el funcionamiento de los canales de comunicación establecidos e identificar los interlocutores en las comunidades autónomas para la vigilancia epidemiológica y microbiológica. Hacer la comunicación a través de los canales establecidos de notificación urgente de los casos MDR, pre-XDR y XDR-TB a los servicios de salud pública para la adopción de medidas de prevención y control oportunas. Adoptar medidas de control de agrupamientos y brotes en los casos en que sea necesario.
- Realizar prueba de VIH a todos los casos diagnosticados de tuberculosis **por la elevada incidencia de la coinfección (20%)**.

- **Escabiosis o sarna**

Vista la alta prevalencia de sarna en muchos países hace falta que los equipos sanitarios responsables del recurso o CAP de referencia donde es dada de alta la persona hagan un cribado de lesiones dermatológicas indicadoras de esta enfermedad.

En lugar de utilizar la aplicación cutánea de permetrina para tratar los infectados y sus contactos, el tratamiento con ivermectina² oral es el que está indicado (si es factible operacional y logísticamente), asegura la adherencia al tratamiento y la efectividad de este.

Además, la ivermectina oral es la mejor opción en el control de brote por su efectividad, seguridad, fácil administración y adherencia, aunque no es aconsejable durante el embarazo y la lactancia.

El personal que atienda los casos de sarna tiene que evitar el contacto directo, con guantes y batas rechazables ([ver el procedimiento de actuación ante un brote de escabiosis en el ámbito sanitario](#)).

- **Pediculosis**

Los casos detectados tienen que ser tratados con permetrina al 1% o dimeticona.

Los contactos no requieren un tratamiento preventivo ([ver la ficha de Canal Salud sobre la pediculosis](#)).

Las medidas generales de higiene y prevención son especialmente importantes para prevenir la transmisión de infecciones o infestaciones que no hayan sido detectadas de entrada.

- **Micosis superficiales (tiña, etc.)**

Su diagnóstico se basa generalmente en la clínica. A veces requiere examen directo y cultivo de las lesiones. Según la extensión de las lesiones se indica un tratamiento local o sistémico. Con derivados del imidazol a nivel local y si el tratamiento es global griseofulvina, ketoconazol, itraconazol y terbinafina. En niños se recomienda el uso de la griseofulvina.

- **Tratamiento para parásitos intestinales**

Dependiendo del lugar de donde llega la persona migrante. Si provienen de países como Siria, Egipto, Ucrania, es necesario hacer tratamiento por infección por helmintos (albendazol) o estrogiloidosis (ivermectina). Si provienen de países africanos pueden hacer tratamiento con albendazol, prazicuantel o ivermectina. Ver el anexo 4 para una información más detallada.

3. Inmunización sistemática

- Las personas migrantes tienen que estar protegidas contra las mismas enfermedades que las personas autóctonas. En el primer contacto de una persona inmigrante o refugiada con un centro sanitario (CAP, principalmente), se evaluarán sus antecedentes patológicos y del estado vacunal.

² Tratamiento de la escabiosis: dos dosis de ivermectina oral (200 µg/kg/dosis) con los alimentos para aumentar la biodisponibilidad, cada una con una semana de diferencia en personas que pesen más de 15 kg. No se ha establecido la seguridad de la ivermectina en niños que pesan menos de 15 kg ni en mujeres embarazadas (Ref. PNT Departamento de Salud, 2019).

- Se recomiendan acciones de promoción de la actualización del estado vacunal, especialmente entre los niños y las embarazadas en esta población con bajas coberturas vacunales.
- Hace falta revisar y actualizar el calendario vacunal de cada persona siguiendo **las pautas de vacunación de rescate**, si existe criterio, en función de la edad. Las personas sin antecedentes de vacunación tienen que recibir la vacunación completa.
- De acuerdo con las indicaciones de vacunación para las personas migrantes o refugiadas del **manual de vacunas de la Agencia de Salud Pública de Cataluña del 2020, calendario de vacunaciones del 2022 y las recomendaciones de vacunación para personas desplazadas desde Ucrania**, se aconseja el cribado serológico de la hepatitis B (AgHBs, anti-HBs, anti-HBc) y de la hepatitis A (anticuerpos antihepatitis A).

Para prevenir brotes de sarampión, es prioritaria la vacunación con las vacunas vivas atenuadas (SRP y Var) que se tienen que administrar a la vez. Las vacunas inactivadas se pueden administrar en la misma sesión de vacunación que las vivas, pero también en los días siguientes, ya que no hay que esperar ningún intervalo.

En los niños menores de 7 años, si hay que vacunar con DTP, VPI y Hb, para disminuir el número de pinchazos se aconseja utilizar la vacuna hexavalente aunque ya no esté indicada la Hib. A partir de esta edad, si no hay antecedentes de vacunación antitetánica se recomienda la vacunación con una dosis de dTpa y dos de Td.

Se recomienda también la vacunación antigripal de las personas acogidas en centros donde se pueden dar situaciones de aglomeraciones.

En relación con la enfermedad meningocócica se tienen que seguir las indicaciones del manual de vacunaciones que, para las vacunaciones de rescate, recomienda la vacuna MenACWY a las personas, hasta los 18 años de edad, que no la hayan recibido a los 11-12 años de edad. También se recomienda una vacunación selectiva en determinadas situaciones.

A causa de la cobertura subóptima de vacunación contra la poliomielitis en Ucrania (80%), y a los recientes brotes en aquel país, se insta a los países que reciben personas desplazadas de Ucrania o de cualquier país donde la poliomielitis no esté erradicada o se utilicen vacunas por vía oral (la **mayoría de los casos de poliomielitis son asintomáticos, pero excretan poliovirus en excrementos durante periodos de hasta varias semanas**), a detectar PV en excremento complementario a la vigilancia de parálisis flácida aguda (AFP).

Vacunaciones recomendadas:

- Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)
- Varicela (Var)
- Tétanos, difteria y tos ferina*# (DTPa, dTpa)
- Poliomielitis* (VPI)
- Hepatitis B* (HB)

- *Haemophilus influenzae* tipo B* (menores de 6 años) (Hib)
- Hepatitis A (HA)
- Enfermedad neumocócica invasiva (menores de 6 años) (VNC)
- Enfermedad meningocócica MenC (menores de 20 años) (EC)
- vacuna MenACWY en las personas hasta los 18 años de edad³
- SARS-CoV-2 (≥ 5 años, dosis de refuerzo en los ≥ 12 años)

*Valorar el uso de la vacuna hexavalente (DTPa, VPI, HB e Hib) en menores de 7 años.

Td/dTpa (0,1 y 7 meses) a partir de los 7 años. La utilización de una dosis de vacuna dTpa se considera válida en sustitución de una de Td de cualquiera de las 3 dosis de primovacunación o dosis de refuerzo. Para las mujeres embarazadas está indicada una dosis de vacuna dTpa en cada embarazo, preferentemente entre las semanas de gestación 27 y 36. Para las personas con VIH se recomienda que se haga la revacunación con Td cada diez años.

Fase 2. Destino final-alojamiento

Si no se ha obtenido la tarjeta sanitaria individual (TSI) en la fase 1, las autoridades competentes tienen que adjudicar la TSI (previa petición de la persona interesada o su tutor o tutora) que permita el inicio de las actuaciones sanitarias para poder hacer el seguimiento de las actuaciones preventivas que se determinan en este protocolo ([ver los documentos para la solicitud de la TSI](#)).

Los recursos sanitarios asistenciales que son responsables por cada caso, son los encargados de:

1. Pruebas de laboratorio específicas para determinar hepatitis C, VIH y sífilis

(Hepatitis A y B, si no se ha hecho la vacunación)

2. Examen de lesiones dermatológicas

Con pérdida de integridad de la piel (úlceras, erupciones, exantemas, enantemas).

Se derivarán los casos de lesiones al centro médico, según estadiaje, para ampliar el estudio (por ejemplo, ante la sospecha de leishmaniasis cutánea, lepra, etc.).

En caso de duda, hay que contactar con la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional.

³ Es la indicación a partir de enero de 2022: [canal salut vacunaciones](#)

3. Diagnóstico de enfermedades con sintomatología gastrointestinal

Se deben tener presentes las enfermedades transmitidas por el agua o los alimentos contaminados (cólera, listeriosis, shigelosis, fiebre tifoidea, giardiasis, brucelosis, helmintos...).

En caso de duda, se contactará con la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional.

4. Diagnóstico de enfermedades con sintomatología respiratoria

(Hay que valorar la posibilidad de enfermedad infecciosa transmisible y específicamente del SARS-CoV-2)

Las patologías infecciosas respiratorias agudas más frecuentes en la persona migrante son las víricas, los resfriados, las bronquitis y las neumonías. Se derivará al centro de urgencias de atención primaria (CUAP) o en el CAP más próximo asignado, salvo urgencia vital; en este caso, es preciso contactar con el 061 y tomar una decisión en la sala del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

En caso de duda, hay que contactar con la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional.

5. Diagnóstico de enfermedades con sintomatología neurológica

Hay que tener en cuenta que existen enfermedades infecciosas que en estadios avanzados pueden afectar al sistema nervioso (lepra, paludismo, virus del Nilo occidental...). Los casos en que los resultados del cribado sean positivos se tienen que **derivar al hospital para ampliar el cribado**.

En caso de duda, hay que contactar con la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional.

6. Diagnóstico de enfermedades transmisibles

Se tiene que vigilar la aparición de sintomatología de sospecha de las enfermedades siguientes (Ref.):

- Enfermedades inmunoprevenibles con la vacunación ([ver el calendario de vacunaciones sistemáticas](#)).
- Infecciones de transmisión sexual.
- Malaria.
- Enfermedades parasitarias, como el esquistosomiasis o la helmintiasis.

7. Vigilancia sindrómica

Los profesionales médicos y asistenciales tienen que tener en cuenta las enfermedades endémicas de los países de procedencia de las personas migrantes, cuando hagan la historia clínica individualizada.

Si existen síntomas compatibles con las enfermedades incluidas en la lista de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), conviene tener presente los períodos de incubación. Por ejemplo:

Períodos de incubación por enfermedades incluidas en la lista de EDO:

- MERs-CoV: 2-14 días (la media es de 9 días).
- SARS-CoV-2: 1-3 días (por la variante ómicron).
- Síndrome respiratorio agudo grave: 2-10 días (la media es de 5 días).
- Fiebre amarilla: 3-6 días.
- Fiebre del virus del Nilo: 2-14 días.
- Fiebres hemorrágicas: 2-21 días (en global).
(Cambia según el virus y las vías transmisión; por ejemplo, en el caso del Ébola, la media es de 11-13 días.)
- Brucelosis: 5-60 días.
- Cólera: de horas a 5 días.
- Fiebre tifoidea: 3-6 días.
- Giardiasis: 3-25 días (la media es de 11-13 días).
- Shigelosis: 1-3 días.
- Triquinosis: 5-45 días.

Relación de síndromes ante los cuales hace falta estar alerta e investigar:

- Manifestaciones respiratorias.
- Manifestaciones gastrointestinales, como diarrea sanguinolenta o acuosa.
- Fiebre con erupción dérmica: exantema, vesículas, enantema en las mucosas, etc.
- Ictericia.
- Manifestaciones dermatológicas.
- Manifestaciones psiquiátricas.
- Manifestaciones neurológicas compatibles con meningitis, encefalitis o encefalopatía.
- Manifestaciones relacionadas con infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Manifestaciones hemorrágicas.
- Sepsis o choque sin causa aparente.
- Linfadenitis con fiebre.

8. Inmunización en el destino final

Hay que completar las actuaciones indicadas en la fase 1 (centro de acogida), con el objetivo de que las personas migrantes estén protegidas contra las mismas enfermedades prevenibles por vacunación que las personas autóctonas.

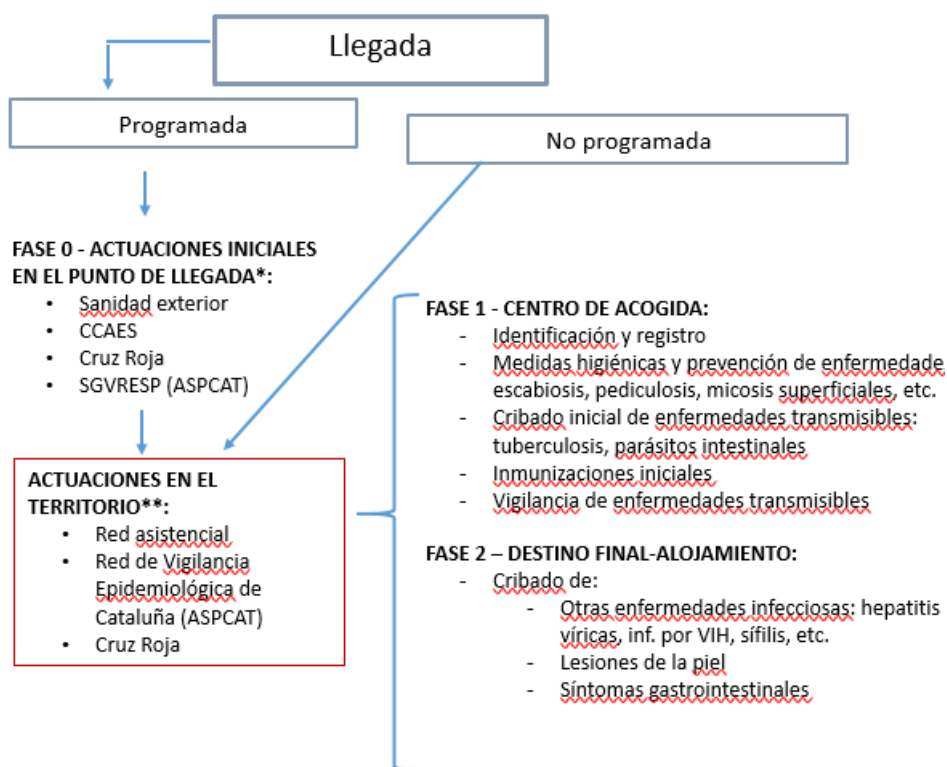
Documentos de consulta

- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018 www.ecdc.europa.eu
- European Center for Disease Prevention and Control (2022). Operational public health considerations for the prevention and control of infectious diseases in the context of Russia's aggression towards Ukraine (8 March 2022).
- European Center for Disease Prevention and Control. Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centers and other refugee settings. Stockholm: ECDC; 2016.
- **Recomendaciones de vacunación para personas desplazadas desde Ucrania ASPCT, 11 de marzo, 2022.**
- **Manual de vacunaciones**
- **Pautas de vacunación de rescate**
- Guía de actuación para la atención sanitaria en centros de acogida de inmigrantes. Dirección general de Salud Pública, Calidad e Innovación, Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Diciembre 2018 (en elaboración).
- **Migración y salud**
- **Tuberculosis Ucrania.**
- Protocolo de cribado de patología importada y atención al niño/a inmigrante asintomático/a Hospital Universitario Vall d'Hebron, 2021
- Protocolo de atención sanitaria para personas llegadas a Cataluña en flujos migratorios durante la pandemia de la COVID-19, Servicio Catalán de la Salud/Agencia de Salud Pública de Cataluña 2021

Anexos

Anexo 0

Diagrama de actuaciones a la llegada y en casos confirmados de COVID-19



* Información y actuaciones según los circuitos habituales.

** Se valorarán los contactos con el Departamento de Derechos Sociales, etc.

CCAES: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; SGVRESP: Subdirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública; ASPCAT: Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Actuación frente a los casos confirmados de COVID-19 en refugiados u otros migrantes llegados a Cataluña (especialmente procedentes de Ucrania)

El protocolo vigente para el control del SARS-CoV-2 a partir del 28 de marzo del 2022 **NO aconseja aislar los casos positivos leves de SARS-CoV-2.**

Aun así, y vistas las condiciones especiales de los recién llegados de Ucrania en relación con las infraestructuras de acogida, la duración de la estancia, los posibles desplazamientos y la baja tasa de vacunación frente al SARS-CoV-2, tendrán que estar **informados de cómo extremar las medidas de protección en caso de ser un caso positivo:**

Llevar mascarilla en espacios interiores (y en exteriores si se congrega a mucha gente y la distancia de 1,5 metros no se puede asegurar) y especialmente **no interactuar con personas vulnerables** (más de 60 años, inmunodeprimidos o en tratamiento inmunosupresor y mujeres embarazadas) con el fin de protegerlos; y evitar, en la medida de lo posible, el uso de espacios compartidos con otras personas.

En puntos de llegada, si se detectan casos de COVID-19, en principio no está indicado hacer cribados con TAR a no ser que estemos ante personas vulnerables (más de 60 años, inmunodeprimidos y embarazadas), o que el SVE correspondiente así lo indique por estudio de brote.

Ver: [Procedimiento de actuación frente a casos de infección por coronavirus SARS-CoV-2](#)

Anexo 1

Servicios de vigilancia epidemiológica y respuesta a emergencias de salud pública territoriales y Servicio de Urgencias de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (SUVEC)

Subdirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública

Edificio Salvany.
C. Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona
Teléfono: 935 513 693 / 935 513 674

Servicio de Urgencias de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (SUVEC)

Teléfono: 627 480 828

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en el Barcelonès Nord i Maresme

(Badalona, Sant Adrià de Besòs, Santa Coloma de Gramanet, el Maresme)

Edificio Salvany
C. Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona
Teléfono: 935 513 900 (centralita)
C. e.: uve.bnm@gencat.cat

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en Barcelona Sud

(Alt Penedès, Garraf, Baix Llobregat, Barcelona Sud–l'Hospitalet de Llobregat)

Hospital Universitario de Bellvitge
C. Feixa Llarga, s/n
Antigua Escuela de Enfermería, 3.^a
08907 Hospitalet de Llobregat
Teléfono: 932 607 500 (centralita)
C. e.: barcelonasud@gencat.cat

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en el Vallès Occidental i Vallès Oriental

(Vallès Occidental y Vallès Oriental)

Ctra. de Vallvidrera, 38
08173 Sant Cugat del Vallès
Teléfono: 936 246 432
C. e.: epi.valles@gencat.cat

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en la Catalunya Central

(Anoia, Bages, Berguedà, Osona y Solsonès)

C. Muralla del Carne, 7, 5.^a.
08241 Manresa
Teléfono: 938 753 381 (centralita)
C. e.: uvercc@gencat.cat

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en Girona

(Alt Empordà, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès, Pla de l'Estany, Ripollès, Selva Interior)

Edificio de la Generalitat
Pl. Pompeu Fabra, 1
17002 Girona
Teléfono: 872 975 666 (centralita)
C. e.: epidemiologia.girona@gencat.cat

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en Lleida i Alt Pirineu i Aran

(Garrigues, Noguera, Pla d'Urgell, Segarra, Segrià, Urgell, Alt Urgell, Alta Ribagorça, Cerdanya, Pallars Jussà, Pallars Sobirà y Vall d'Aran)

C. Alcalde Rovira Roure, 2
25006 Lleida
Teléfono: 973 701 600 (centralita)
C. e.: epidemiologia.lleida@gencat.cat

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Respuesta a Emergencias de Salud Pública en el Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre

(Alt Camp, Baix Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat, Tarragonès, Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre y Terra Alta)

Avda. Maria Cristina, 54
43002 Tarragona
Teléfono: 977 224 151 (centralita)
C. e.: epidemiologia.tarragona@gencat.cat

Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre

Pl. Gerard Vergés, 1
43500 Tortosa
Teléfono: 977 495 512
C. e.: epidemiologia.ebre@gencat.cat

Agencia de Salud Pública de Barcelona

(Barcelona Ciutat)

Servicio de Epidemiología
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona
Teléfono: 932 384 545 (centralita)
C. e.: mdo@aspb.cat

Anexo 2

Anamnesis en la fase 0 o fase 1

Datos del/de la profesional de la salud que hace la anamnesis

Nombre y apellidos

.....

Profesión y organización a la que pertenece

.....

Teléfono de contacto

.....

Datos de identificación y demográficos de la persona refugiada

(Hay que tener en cuenta que las personas refugiadas vienen con un nivel de estrés extremo)

Nombre y apellidos

.....

Sexo

Hombre Mujer Mujer embarazada

Edad/fecha de nacimiento

.....

País de origen *(muy útil para tener en cuenta las enfermedades endémicas del país de origen)*

.....

Nivel de escolarización *(puede servir de ayuda para fases posteriores)*

.....

Idioma

.....

Identidad cultural o religiosa

.....

Antecedentes personales

Alergias conocidas

.....

Hábitos tóxicos

.....

Hábitos dietéticos y de higiene

.....

Prácticas sexuales de riesgo

.....

Alteraciones neurológicas

.....

Antecedentes patológicos

Enfermedades previas (agudas y crónicas)

.....

Toma medicación Especificar (si es afirmativo)

No Sí.....

Exploración física

Estado de salud general.....

Tensión arterial. Auscultación cardiopulmonar

.....

Estado nutricional.....

Palpación: adenopatías hepatomegalia esplenomegalia

Coloración de mucosas

Examen cutáneo exhaustivo: se prestará una especial atención (lepra...)

.....

Examen del sistema muscular y esquelético

Examen bucodental.....

Examen genitourinario, salud reproductiva y mutilación genital

Anexo 3. Diagnòstics diferencials de enfermedades infecciosas en personas desplazadas

Diagnòstics diferencials a considerar respecte les malalties infeccioses en persones desplaçades	
Síntomes	Malaltia infecciosa
<p>Tos, odinofàgia, dispnea</p> 	<p>Grip Refredat comú Virus respiratori sincicial Covid-19 Malaltia Pneumocòccica Legionel·losi</p>
<p>Adenopaties, odinofàgia + membranes grisenques amigdalars</p> 	<p>Diftèria</p>
<p>Tos (crònica), pèrdua de pes</p> 	<p>Tuberculosi Tos ferina</p>
<p>Debilitat sobtada dels membres</p> 	<p>Paràlisi flàccida aguda / Poliomièlitis Botulisme Tètanus</p>
<p>Febre i/o Rash</p> 	<p>Rubèola Xarampió Varicel·la Escabiosi (sarna) Malalties transmèses per pols</p>
<p>Febre i cefalea o signes neurològics</p> 	<p>Meningitis/encefalitis bacterianes o víriques</p>
<p>Diarrea</p> 	<p>Gastroenteritis viral Shigella Escherichia Campylobacter Salmonel·losis Cryptosporidium Covid-19 Còlera Altres</p>
<p>Ferides post-trauma</p> 	<p>Malalties relacionades amb resistències antimicrobianes</p>

Anexo 4

Posibles tratamientos para infecciones parasitarias

Región	País de procedencia	Grupos principales de refugiados	Tratamiento antiparasitario ^b	Notas especiales
África	Chad	<i>República Centrafricana; Darfur sudanés</i>	Albendazol Praziquantel Artemeter-lumefantrina	La ivermectina no se administra a refugiados que han residido o viajado a países con <i>Loa loa</i> endémico a causa del riesgo de encefalopatía asociada a la ivermectina en personas infectadas con el parásito. Ver la lista de países con <i>Loa loa</i> endémico
	Burundi, Yibuti, Etiopía, Kenia, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, otros	<i>Somalí; congoleño; etíope; eritreo; sudaneses (diferentes del Darfur sudanés); sudaneses del sur</i>	Albendazol Praziquantel Ivermectina Artemeter-lumefantrina	Se destacará que los refugiados de origen congoleño o sur del Sudán que residían o viajaban a la República Democrática del Congo (RDC) o al sur del Sudán no reciben ivermectina. No obstante, los niños de origen sur, suroeste congoleño o sudamericanos que nacieron en los campos de países que no son endémicos de loa y que no han residido ni viajaron a la RDC o al sur del Sudán son tratados, generalmente, con ivermectina. Solamente los refugiados del África subsahariana reciben artemeter-lumefantrina.

Región	País de procedencia	Grupos principales de refugiados	Tratamiento antiparasitario ^b	Notas especiales
Asia	Malasia, Nepal, Pakistán, Tailandia	<i>origen de Birmania/Myanmar (karen, karenni, kachin, rohingya); de Bután, otros</i>	Albendazol Ivermectina	
	Indonesia, Sri Lanka	<i>Múltiple</i>	Albendazol	
Oriente Medio	Egipto	<i>Iraquí; Siria</i>	Albendazol Ivermectina	
	Irak, Jordania			
	Líbano, Turquía	<i>Múltiple</i>	Ninguno	
Europa	Austria, Malta, Moldavia, Rusia, Ucrania	<i>Múltiple</i>	Ninguno	
gAmérica	Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras	<i>Cubano; colombiano; salvadoreño; guatemalteco; hondureño</i>	Ninguno	

^a Información proporcionada por la Organización Internacional para la Migración (OIM) durante el examen médico requerido por refugiados en el extranjero.

^b Posibles tratamientos antiparasitarios: albendazol (por helmintos transmitidos por el suelo), 400 mg para refugiados de más de 2 años, 200 mg para niños de 12 a 23 meses; ivermectina (por *Strongyloides*), 200 µg / kg una vez al día durante 2 días para adultos y niños que pesan más de 15 kg; y prazicuantel (por esquistosomiasis), 40 mg / kg dividido en dos dosis para adultos y niños de más de 4 años.

(Ver <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/overseas/intestinal-parasites-overseas.html>.)

Artemeter-lumifantrina (AL, para la malaria) 6 dosis de tratamiento para adultos y niños que pesan más de 5 kg.

(Ver <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/overseas/malaria-guidelines-overseas.html>)

^c Ivermectina no se administra a los refugiados que residían o viajaban a países donde *Loa loa* es endémica a causa del riesgo de encefalopatía asociada con el tratamiento con ivermectina en personas que también están infectadas con *Loa loa*. Los países actualmente considerados endémicos de *Loa loa* son Angola, Camerún, República Centroafricana, Chad, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Nigeria, República del Congo y Sudán del Sur.

Anexo 5

Pautas de vacunación de rescate, dosis e intervalos mínimos entre dosis, para mayores de 18 años

Vacuna	Dosis requeridas ¹	Entre la primera y la segunda dosis	Entre la segunda y la tercera dosis
Td/dTpa ²	3 ³	4 semanas	6 meses
SRP	2	4 semanas	No es necesario
G ^{4,#}	1/año	Vacunación anual	Vacunación anual
Pn23 ^{4,#}	1-2 ⁵	5 años (para grupos de alto riesgo) Para los inmunocompetentes, a partir de los 65 años de edad.	No existe indicación
VNC13 [#]	1	No se indican más dosis, excepto TPH	No existe indicación, excepto TPH
HB ^{#,*}	3	4 semanas	8 semanas (y 16 semanas desde la primera)
HA ^{#,*}	2	6 meses	No es necesario
HAB [*]	3	4 semanas	5 meses
MC ⁶	1	No es necesario	No es necesario
Var ^{7,#}	2	4 semanas	No es necesario
VPH ⁸	3	4 semanas	12 semanas
VPI ^{9,#}	3	4 semanas	6 meses
MB4 [#]	2	4 semanas	

1. Dosis requeridas para una inmunización correcta de las personas que no han sido vacunadas previamente.

2. La utilización de una dosis de vacuna dTpa se considera válida en sustitución de una de Td de cualquiera de las tres dosis de primovacuna o dosis de refuerzo. Para las mujeres embarazadas, está indicada una dosis de vacuna dTpa a cada embarazo, preferentemente entre las semanas de gestación 27 y 36. Para las personas con VIH, se recomienda que se haga la revacunación con Td cada diez años.

3. Después de la primovacuna, se recomienda que se administren hasta dos dosis de refuerzo con un intervalo de al menos diez años. Estas dosis de refuerzo se recomiendan a los 40 y 65 años en el calendario de Cataluña.

4. Vacunación sistemática para las personas de 65 años o más de edad.

5. Si se empieza a vacunar a partir de los 65 años, sólo se recomienda una dosis.
6. Para la población general, es recomendada hasta los 20 años; para las personas con VIH positivo, hasta los 25 años.
7. Recomendada para los adultos susceptibles; verificación con serología negativa.
8. Recomendada hasta los 26 años para personas con VIH; para las mujeres con TPH*, hasta los 26 años; para las mujeres con lesiones cervicales de alto grado, tan pronto como sea posible y hasta 1 año después de la intervención. Con respecto a la vacuna VPH 2, entre la primera y la tercera dosis hace falta un intervalo mínimo de cinco meses.
9. En situaciones de riesgo, los ya vacunados necesitan una única dosis de refuerzo durante toda la vida.
- # Vacunas recomendadas para personas que tienen conductas de riesgo y/o que tienen patologías de riesgo; es preciso que se consulten los protocolos específicos.
- Una dosis de vacuna administrada 5 días o más antes de la edad mínima se tiene que repetir (dosis no válida) cuando se tenga la edad mínima y 4 semanas o más después de la dosis invalidada.
- Una dosis de vacuna administrada 4 días o menos antes del intervalo mínimo se tiene que contabilizar como válida. Una dosis administrada 5 días o más antes del intervalo mínimo no se tiene que contabilizar como válida y se repetirá la dosis transcurrido el intervalo mínimo recomendado después de la dosis invalidada.

*TPH: trasplantados progenitores hematopoyéticos.

Esquema de vacunaciones

	< 7años*	≥ 7años*
Prioritarias	SRP (triple vírica) Varicela Hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB)	SRP (triple vírica) Varicela Td/dTpa
Otros	Antimeningocócica C Hepatitis A Antineumocócica Gripe € SARS-CoV-2	Antipoliomielítica inyectable Hepatitis B Hepatitis A Antimeningocócica C (menor de 20 años)

	< 7años*	≥ 7años*
		Vacuna MenACWY en las personas, hasta los 18 años de edad Antineumocócica (más de 65 años) Gripe € SARS-CoV-2

*Siguiendo las pautas de rescate

€ Situación de acumulación

Anexo 6

Formularios de autorización de vacunación*

Formulario de niños y adultos (catalán)

Vacunació dels immigrants o refugiats

Dades de l'infant

Cognoms i nom	ID de l'infant	Edat
Sexe	País d'origen	

Dades de la persona responsable de l'infant (en cas d'infant)

Cognoms i nom	ID de la persona	Vinculació		
Edat	Sexe	pare	mare	tutor legal
		País d'origen		

Dades del personal sanitari que n'informa

Cognoms i nom	
Núm. de col·legiació	Especialitat

Autorització de l'administració de les vacunes (ompleneu només les que estiguin indicades segons Annex 0 de les "Actuacions inicials en el primer cribatge clínic i epidemiològic a les persones migrants que acaben d'arribar a Catalunya")

Vacuna antixarampionosa, antirubeòlica i antiparotidítica

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoritzo la vacunació | <input type="checkbox"/> No autoritzo la vacunació perquè: |
| | <input type="checkbox"/> Ja està vacunat/ada (*) |
| | <input type="checkbox"/> Ha patit la malaltia (*) |
| | <input type="checkbox"/> Altres (**) |

Vacuna antivariçel·la

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoritzo la vacunació | <input type="checkbox"/> No autoritzo la vacunació perquè: |
| | <input type="checkbox"/> Ja està vacunat/ada (*) |
| | <input type="checkbox"/> Ha patit la malaltia (*) |
| | <input type="checkbox"/> Altres (**) |

Vacuna hexavalent: vacuna antidiftèrica, antitetànica, antipertússica acel·lular, antipoliomielítica, anti-*Haemophilus influenzae* tipus b i antihepatitis B

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoritzo la vacunació | <input type="checkbox"/> No autoritzo la vacunació perquè: |
| | <input type="checkbox"/> Ja està vacunat/ada (*) |
| | <input type="checkbox"/> Ha patit la malaltia (*) |
| | <input type="checkbox"/> Altres (**) |

Vacuna antidiftèrica, antitetànica i antipertússica acel·lular (dTpa)

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoritzo la vacunació | <input type="checkbox"/> No autoritzo la vacunació perquè: |
| | <input type="checkbox"/> Ja està vacunat/ada (*) |
| | <input type="checkbox"/> Ha patit la malaltia (*) |
| | <input type="checkbox"/> Altres (**) |

Vacuna antitetànica i antidiftèrica (Td)

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoritzo la vacunació | <input type="checkbox"/> No autoritzo la vacunació perquè: |
| | <input type="checkbox"/> Ja està vacunat/ada (*) |
| | <input type="checkbox"/> Ha patit la malaltia (*) |
| | <input type="checkbox"/> Altres (**) |

Vacuna antipoliomielítica injectable

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoritzo la vacunació | <input type="checkbox"/> No autoritzo la vacunació perquè: |
| | <input type="checkbox"/> Ja està vacunat/ada (*) |
| | <input type="checkbox"/> He patit la malaltia (*) |
| | <input type="checkbox"/> Altres (**) |

Vacuna anti-hepatitis B

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

- Ja està vacunat/ada (*)
- Ha patit la malaltia (*)
- Altres (**)

Vacuna anti-hepatitis A

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

- Ja està vacunat/ada (*)
- Ha patit la malaltia (*)
- Altres (**)

Antimeningocòccica conjugada C

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

- Ja està vacunat/ada (*)
- Ha patit la malaltia (*)
- Altres (**)

Vacuna antimeningocòccica conjugada tetravalent (segons situació epi)

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

- Ja està vacunat/ada (*)
- Ha patit la malaltia (*)
- Altres (**)

Vacuna antipneumocòccica

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

- Ja està vacunat/ada (*)
- Ha patit la malaltia (*)
- Altres (**)

Prova de la tuberculina

Autoritzo la pràctica de la prova

No autoritzo la pràctica de la prova perquè:

- Ja va tenir una prova positiva anterior (*)
- Ja va estar diagnosticat de tuberculosi (*) anteriorment
- Per raons personals

(*) Cal que ho documenteu amb algun registre escrit.
 (**) Especifiqueu-ne els motius a l'apartat d'Observacions.

Departament de Salut

1/2

Observacions

Anexo 7

Síntomas y señales y enfermedades más frecuentes en personas de países tropicales

SÍNTOMA/SEÑAL	DD
Síndrome febril	<ul style="list-style-type: none"> • Brucelosis. • Fiebre tifoidea. • Borreliosis. • Leptospirosis. • Rickettsiosis. • Otras hepatitis víricas. • Otras infecciones virales. • Infecciones cutáneas. • Paludismo (según el país de procedencia) • Tuberculosis. • SARS-CoV-2 <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones sépticas ginecológicas. • Sífilis secundaria. • Eritema nodoso de la lepra. • Toxoplasmosis. • Leishmaniasis visceral. • Tripanosomiasis. • Filariosis. • Fasciolosis. • Esquistosomiasis. • Absceso hepático amebiano. • Hepatitis A.
Prurito	<ul style="list-style-type: none"> Sífilis. Ácaros, pulgas, piojos. Sarna. Giardiasis. Oncocercosis. Hongos superficiales. <ul style="list-style-type: none"> Estrongiloidiasis. Loasis. Larva cutánea migrans. Oxiuros. Tratamiento con cloroquina.
Adenopatías	<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis. VIH. Otras ITS (sífilis y otras). <ul style="list-style-type: none"> • Filariosis. • Linfoma de Burkitt. • Oncocercosis (inguinales). • Esquistosomiasis (<i>S. japonicum</i>). • Lepra. • Tripanosomiasis.
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aguda</i>: Con sangre: amebiasis, balantiosis, trichiuriasis, shigelosis. • Con fiebre: linfogranuloma venéreo, triquinosis, deshidratación o parasitosis. • Con sangre y fiebre: malaria intestinal (en niños) y esquistosomiasis. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Crónica</i>: • Con sangre y/o esteatorrea: poliparasitación. • Con fiebre y síndrome constitucional: tuberculosis intestinal y SIDA.
Hepatomegalia	<ul style="list-style-type: none"> • Malaria. • Absceso hepático amebiano. • Esquistosomiasis <i>mansoni</i> o <i>japonicum</i>. • Leishmaniasis visceral. • Toxocariasis. • Hidatidosis. • Trematodos hepáticos <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis vírica. • Cirrosis. • Cáncer hepatocelular. • Malnutrición. • Hemoglobinopatías (células falciformes y talasemia).
Esplenomegalia	<ul style="list-style-type: none"> • Malaria. • Esquistosoma <i>mansoni</i> y <i>japonicum</i>. • Esplenomegalia palúdica hiperreactiva. • Leishmaniasis visceral. • Tripanosomiasis africana. <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre tifoidea. • Tifus. • Fiebre recurrente. • Hipertensión portal por cirrosis hepática. • Hemoglobinopatías (células falciformes y talasemia).

SÍNTOMA/SEÑAL	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bartolosis. • Brucelosis.

Anexo 8

Crterios de salubridad en asentamientos humanos no permanentes organizados por las administraciones

A continuación, se detallan elementos y factores que hay que tener en cuenta para garantizar la salubridad en un asentamiento humano no permanente y para prevenir riesgos para la salud:

Emplazamiento

- Lo más recomendable es que el asentamiento esté en un terreno inclinado, para facilitar el drenaje (mínimo 1%). No se tiene que sobrepasar un 6% de inclinación.

Es necesario que esté alejado de zonas insalubres que promuevan la propagación de enfermedades y de edificios, estructuras o espacios vulnerables o que puedan producir un riesgo para la salud (márgenes de ríos expuestos a inundaciones, lugares con riesgo de desprendimientos, áreas idóneas para la presencia de mosquitos, etc.).

Con respecto al aforo, ACNUR considera que el espacio mínimo cubierto de que tiene que disponer cada persona en una vivienda de un campo de refugiados tiene que ser de 3,5 m² y, en climas cálidos, 4,5 m². Por otra parte, teniendo en cuenta, además del espacio para la vivienda, la superficie para caminos, puntos de agua y el resto de servicios, la superficie total por persona tiene que ser de 45 m² en campamentos temporales.

- En zonas y periodos de altas temperaturas hay que prever espacios con sombra para evitar golpes de calor o insolación extrema.
- Tiene que haber acceso (espacio suficiente de paso o caminos) a las instalaciones de servicios (puntos de agua, alimentos, etc.).

Viviendas

- El material de construcción de las viviendas no producirá riesgos para la salud.
- Hay que prever que estén las condiciones sanitarias adecuadas en cuanto a temperatura, humedad, ventilación y facilidad de limpieza.

Abastecimiento de agua

- **Agua de consumo:** hay que disponer de suficientes puntos de agua apta para el consumo humano, de acuerdo con el aforo.

El agua se puede aportar mediante la conexión en alguna red de abastecimiento, instalando uno o más depósitos en cisternas o, si procede y existe disponibilidad de agua natural, con la instalación de un tratamiento de potabilización.

En un campo de refugiados se dispondrá de un mínimo de siete litros de agua por persona y día, según ACNUR.

- **Agua para la higiene personal:** hay que disponer de espacios cerrados para la higiene personal, dotados con agua apta para el consumo. Se recomienda un punto para higiene personal (ducha) para cada 50 personas, como mínimo. Asimismo, se

recomienda que cada persona tenga acceso a 250 g de jabón de baño al mes y 200 g de jabón de ropa al mes, además de otros artículos de higiene.

- **Agua para la limpieza de utensilios, ropa, tierra, etc.:** hay que tener acceso al agua para estos usos. En función de la situación del asentamiento y de la posibilidad de que exista agua que no sea apta para el consumo, hay que informar a los usuarios de los usos permitidos del agua.

Abastecimiento de alimentos

En función de la temporalidad del asentamiento, puede haber un punto de suministro de alimentos o bien la instalación de cocinas.

- En el primer caso, hay que prever un espacio para guardar los alimentos en condiciones de seguridad y que no se convierta en una fuente de plagas. ACNUR considera que es preciso un depósito de alimentos para cada 5.000 habitantes.
- En el segundo caso, hay que prever el suministro eléctrico u otra fuente de energía y un espacio con condiciones de seguridad y de salubridad para cocinar.

Hay que hacer un mantenimiento y limpieza periódicos de la zona de depósito de alimentos y una supervisión para comprobar que no puedan ser focos de plagas o enfermedades.

Saneamiento y residuos

- **WC:** ACNUR recomienda un lavabo para cada familia. Si no es posible, es necesario que, como mínimo, haya uno para cada veinte personas. Tienen que ser seguros, bien iluminados y no tienen que estar a más de 50 m de los espacios de vivienda. Si en lugar de instalar un WC se construyen letrinas, hay que situarlas en lugares que permitan una degradación natural de los residuos y que no tengan afectación ambiental perjudicial para el medio ambiente.
- **Desperdicios:** tiene que haber un espacio exclusivo para la deposición de la basura, que se tiene que tener en condiciones de sanidad para que no se convierta en un foco de plagas y de insalubridad (tiene que ser un espacio cerrado y tiene que estar en el lugar más fresco posible). Es preciso que los desperdicios de materia orgánica y materiales con restos orgánicos se recojan como máximo cada dos días y el resto de desperdicios (papel, cartón, vidrio), como mínimo, quincenalmente.

Es conveniente centralizar los residuos en puntos determinados equidistantes, con el fin de garantizar el uso y facilitar su recogida.

Hace falta limpiar periódicamente las instalaciones y supervisarlas para comprobar que no puedan ser focos de plagas o enfermedades.

Hay que mantener el espacio libre de obstáculos que impidan la libre circulación y la accesibilidad a la limpieza del espacio.

Mosquitos y otros posibles vectores

En función de la zona donde se ubique el asentamiento y de la posibilidad de que existan concentraciones importantes de mosquitos, se promoverán acciones de prevención y control.

Servicio de atención sanitaria

Se valorará la necesidad de un servicio de vigilancia para primeros auxilios y de evacuación en caso de emergencia.

En caso de que haya que trasladar personas con enfermedades transmisibles, se preverán las medidas necesarias para evitar la contaminación de los espacios o vehículos usados, antes y después de usarlos.

Se recomienda colocar infografías sencillas para informar de buenos hábitos y buenas prácticas para garantizar unas buenas condiciones de salubridad en el asentamiento.

Es necesario que los espacios con un uso específico (WC, duchas, depósitos de alimentos, servicio de atención sanitaria, si existe) estén bien señalizados y sean de fácil acceso.