

## ATENCIÓN AL NIÑO Y LA NIÑA INMIGRANTES

**Rosa M.ª Masvidal Aliberch:** Pediatra. CAP Drassanes. Barcelona

**Dolors Canadell Villaret:** Pediatra. CAP Barberà. Barcelona

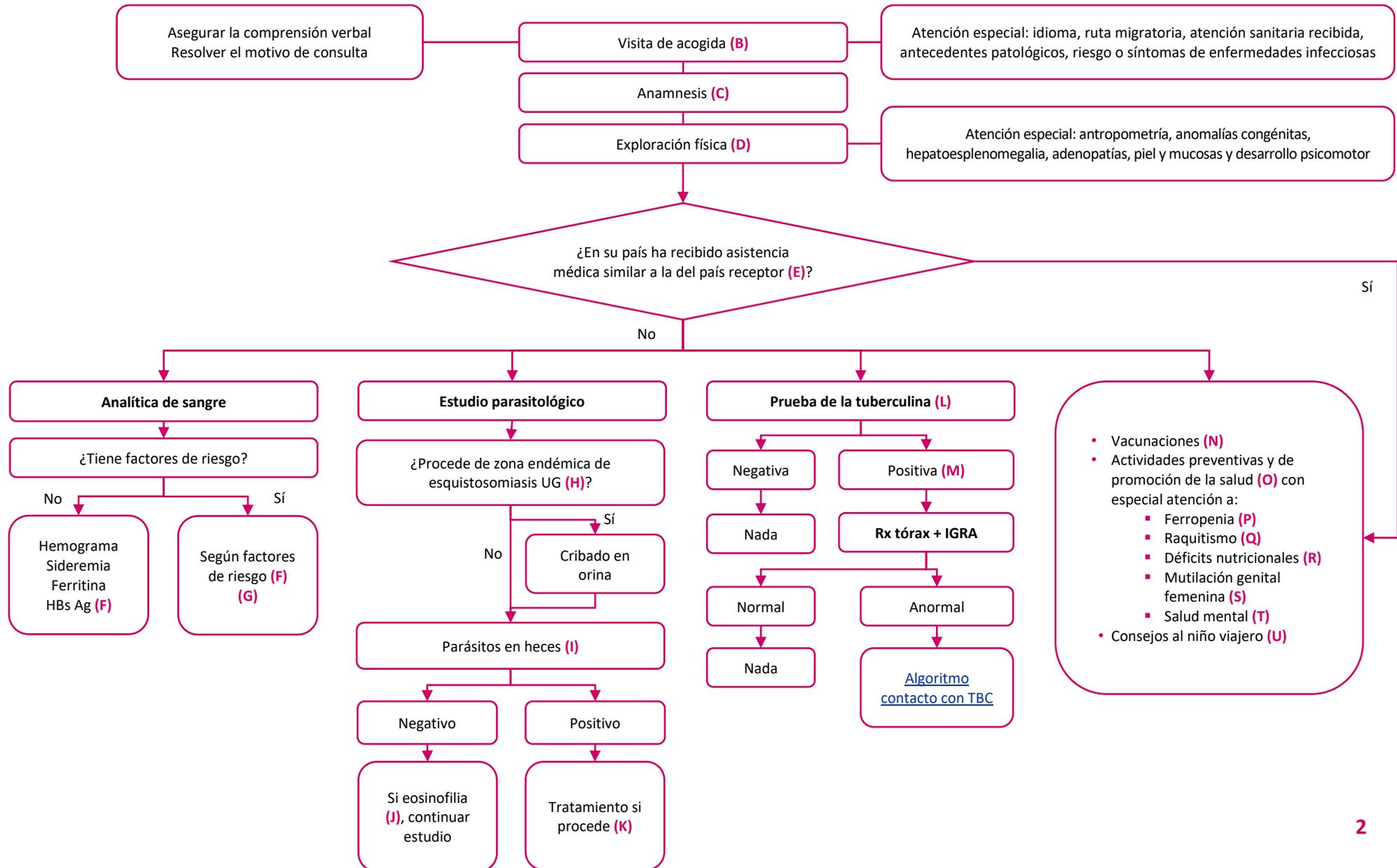
**Correo electrónico:** Rosa M.ª Masvidal Aliberch, [12808rma@comb.cat](mailto:12808rma@comb.cat)

**Palabras clave:** Niño inmigrante. Niño refugiado. Pruebas de cribado. Viajes internacionales.

**Key words:** Immigrant child. Refugee child. Screening. International travel.

**Cómo citar este algoritmo:** Masvidal Aliberch RM, Canadell Villaret D. Atención al niño y la niña inmigrantes. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/68/atencion-al-nino-y-la-nina-inmigrantes>

## Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes (PANNI) (A)



## A. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA NIÑA Y AL NIÑO INMIGRANTES (PANNI)

Se debe aplicar a todos los niños inmigrantes recién llegados, pero los que proceden de **países en vías de desarrollo** necesitarán, en su mayoría, intervenciones más específicas. En general, se consideran países en vías de desarrollo todos excepto EE. UU., Canadá, Japón, Corea del Sur, Australia, Nueva Zelanda y los países de Europa Occidental.

Los objetivos son<sup>1,2</sup>:

- Conocer el estado de salud del niño y sus factores de riesgo.
- Detectar y tratar las enfermedades que pueda tener, para su propio beneficio y también de la comunidad.
- Actualizar sus vacunas y aplicar el Protocolo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud adecuado a su edad.

## B. VISITA DE ACOGIDA

En la primera visita es muy importante crear un clima de empatía y confianza. Se tendrán en cuenta las **barreras idiomáticas** y culturales por lo que, en caso de dificultad, recomendamos que un mediador nos proporcione la comprensión de la lengua y la cultura. Si esto no fuera posible, pediremos que vengan acompañados de una persona, familiar o amiga, que pueda hacernos de traductora. En caso de que incluso esto no sea posible, se tendrá que recurrir a los recursos que tengamos a nuestro alcance como traductores por vía telefónica, aplicaciones de teléfono móvil, traductores en la red informática... porque es imprescindible asegurar la comprensión verbal.

## C. ANAMNESIS

En la primera visita hay que recoger, atender e intentar resolver el motivo de consulta y obtener los datos necesarios para la valoración del estado de salud de niño y sus factores de riesgo más importantes. En sucesivas visitas se podrá obtener el resto de información.

La anamnesis debe incluir:

- País y lugar de procedencia (zona rural o urbana).
- Migración: motivo y ruta migratoria (vicisitudes del viaje: violencia, abusos, traumatismos... en especial en niños refugiados).
- Antecedentes del embarazo y parto.
- Antecedentes patológicos personales: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, alergias, tratamientos parenterales (transfusiones), medicamentos que toma...

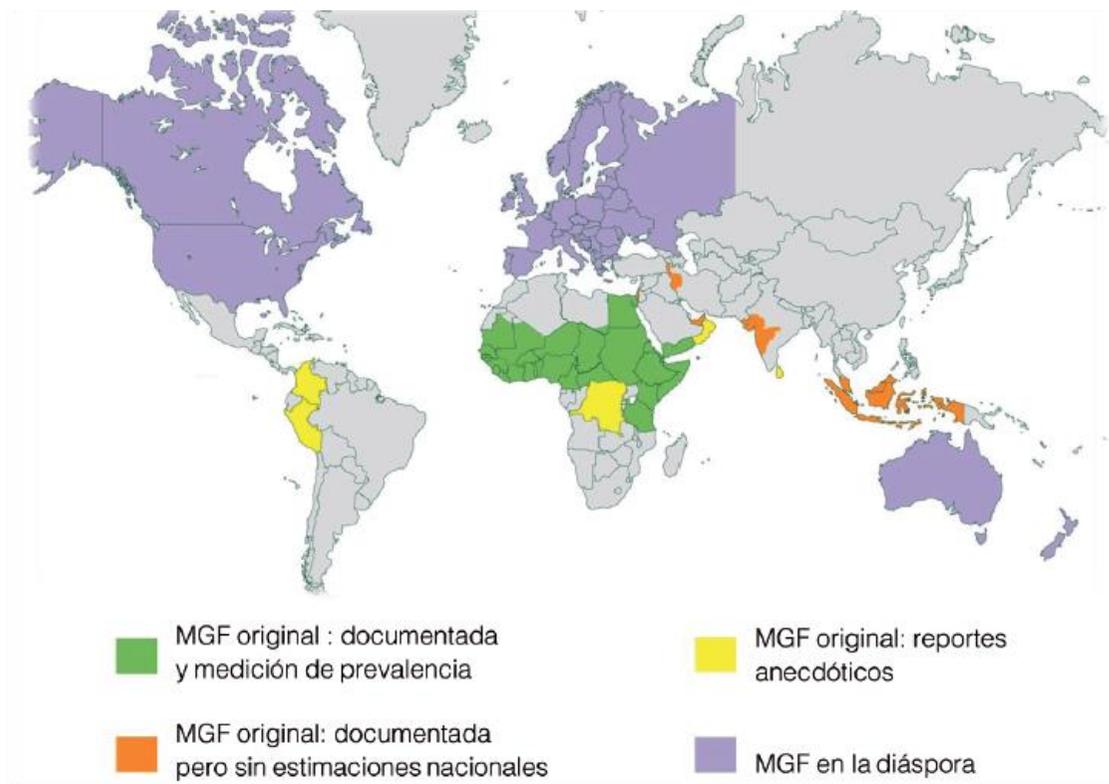
- Sintomatología actual. Síntomas de enfermedades importadas: fiebre, lesiones en la piel o erupciones, diarrea, dolor abdominal, prurito, signos respiratorios, pérdida de peso, pica...
- Hábitos alimentarios (encuesta dietética).
- Vacunas administradas.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Consanguineidad de los padres.
- Religión.
- Historia social: estructura y red familiar, condiciones de vida, situación laboral y formación de los cuidadores, lugar de residencia, vivienda actual y convivientes.

## D. EXPLORACIÓN FÍSICA

Ha de ser completa y detallada. En relación con la población inmigrante, recalcaremos las siguientes exploraciones:

- **Desarrollo pondoestatural:** peso, talla y perímetro craneal, utilizando las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> o las del país de acogida. La evolución de la curva pondoestatural es mucho más valiosa que una determinación aislada.
- **Genitales externos:** malformaciones y valorar su integridad en caso de niñas con riesgo de mutilación genital femenina<sup>4</sup> (MGF) (**Figura 1**)<sup>4</sup>.
- **Piel y mucosas:** color, cicatriz de BCG (deltoides, antebrazo, nalgas, espalda...), infecciones, manchas, bultomas y signos de ectoparasitosis.
- **Desarrollo psicomotor:** ha de ser valorado con cautela en los niños adoptados, ya que pueden presentar retraso psicomotor reversible con estimulación y afecto. Ante la presencia de macrocefalia y retraso psicomotor, descartaremos toxoplasmosis, hipotiroidismo y malformaciones congénitas. La detección de microcefalia no familiar nos obliga a descartar rubeola, toxoplasmosis, infección por virus zika y sífilis. En caso de bocio hemos de descartar hipotiroidismo y tener en cuenta el bocio endémico por falta de yodo.
- **Adenopatías.**
- **Hepatoesplenomegalia.**

**Figura 1. Distribución mundial de la MGF<sup>4</sup>**



Fuentes: GIPE/PTP, Fundación Wassu, UAB; 2012. Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ (coords.). Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Bellaterra; 2010.

## **E. ASISTENCIA MÉDICA PREVIA**

La experiencia de estos años nos ha puesto de manifiesto la gran heterogeneidad de la población inmigrante, condicionada, sobre todo, por la procedencia, etnia, cultura y nivel socioeconómico.

Los exámenes complementarios deben **individualizarse** según la procedencia, la exploración física y los factores de riesgo, pero hay algunos que son recomendables realizar a todos los niños procedentes de países de baja renta y que no han recibido una asistencia sanitaria similar a la del país receptor.

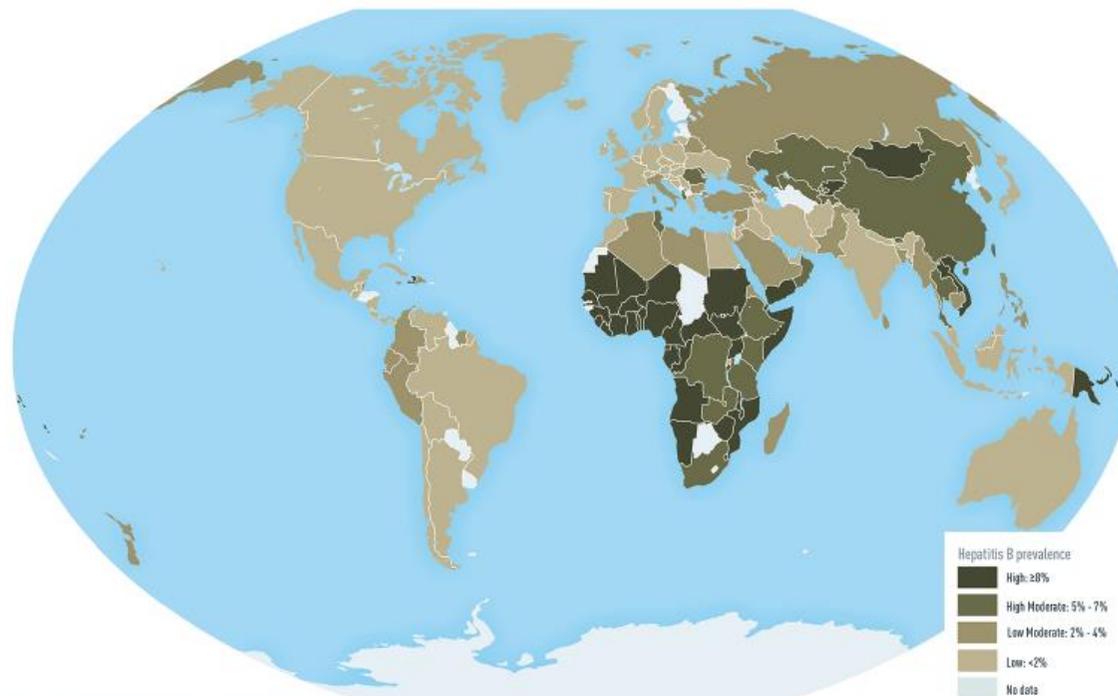
Se ha de evitar solicitar analíticas indiscriminadamente, ya que representan un gasto innecesario y una falta de equidad con respecto a la población autóctona, a la cual no se le solicitan.

## F. HEMOGRAMA

El **hemograma** nos permitirá detectar anemias<sup>5</sup> y eosinofalias: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/26/anemia>.

También se recomienda la determinación del **antígeno de superficie de la hepatitis B** (HBs Ag) a todos los niños, vacunados o no de hepatitis B (HB), a cuyas madres no se haya realizado el cribado de HB durante el embarazo tanto si proceden de países con intermedia o alta endemicidad ( $\geq 2\%$ )<sup>6</sup> (**Figura 2**)<sup>7</sup>, como con si proceden de países con una endemicidad similar a la nuestra (para asegurar la equidad con la población autóctona a la que sí se le solicita durante el embarazo) y con el fin de descartar la transmisión del virus de la HB por vía vertical.

**Figura 2. Prevalencia de la Infección crónica por hepatitis B en el mundo**<sup>7</sup>



Fuente: [https://www.cdc.gov/travel-static/yellowbook/2020/map\\_4-04.pdf](https://www.cdc.gov/travel-static/yellowbook/2020/map_4-04.pdf)

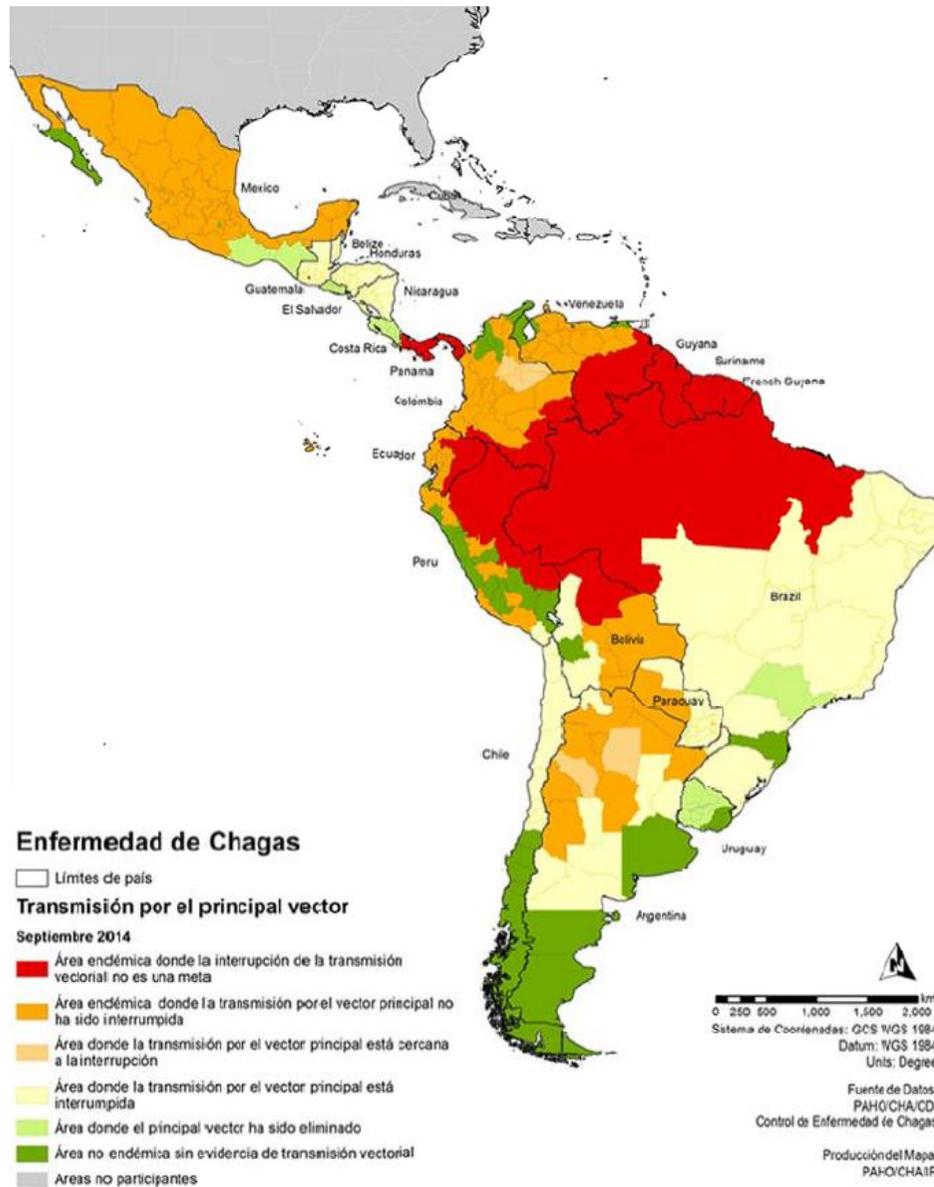
## G. FACTORES DE RIESGO

Según los factores de riesgo del niño/a se solicitarán las siguientes pruebas complementarias (**Tabla 1**):

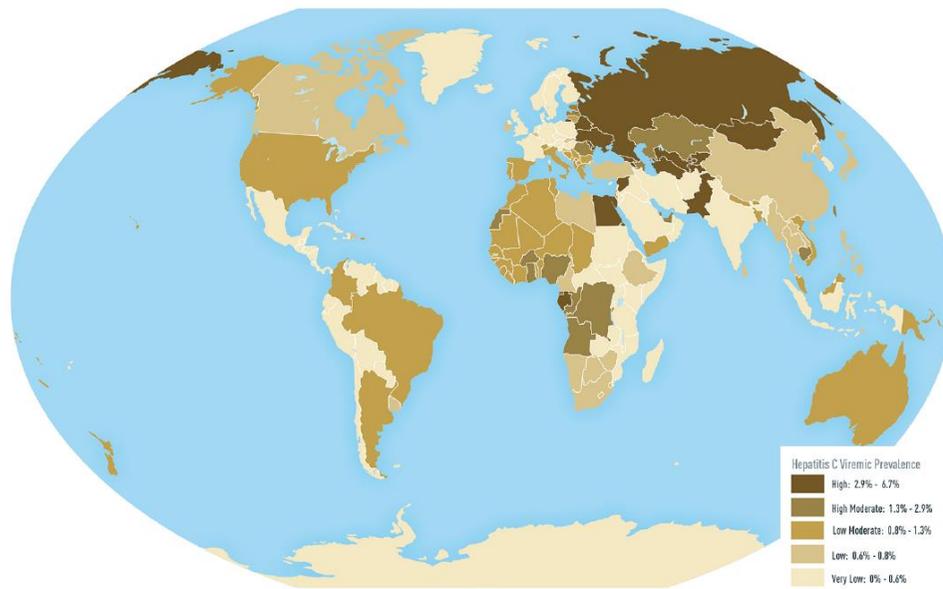
**Tabla 1. Pruebas complementarias**

¿A quién?	¿Qué solicitar?
Niños procedentes de Centroamérica y Sudamérica, excepto islas del Caribe ( <b>Figura 3</b> ) <sup>8,9</sup>	Serología de la enfermedad de Chagas
Menores de 5 años, sobre todo en menores de un año, de raza negra o con ancestros de esta raza	Estudio de hemoglobinas mediante electroforesis o cromatografía líquida de alta resolución (HPLC)
Niños procedentes del África subsahariana, adoptados, hijos de madres de riesgo, adolescentes sexualmente activos, pacientes que hayan sufrido intervenciones o transfusiones sin las condiciones sanitarias adecuadas, y los hijos de madres hepatitis C (HC) positivas	Serología para VIH y HC ( <b>Figura 4</b> ) <sup>10</sup>
Niños procedentes del África subsahariana, adoptados, hijos de madres de riesgo y adolescentes sexualmente activos	Serología de sífilis
Niños procedentes de zona endémica de malaria ( <b>Figura 5</b> ) <sup>11</sup> con proceso febril, especialmente los procedentes de África subsahariana y durante los tres primeros meses posemigración	Gota gruesa, detección de antígenos específicos o reacción en cadena de la polimerasa específica
Niños mayores de 7 años procedentes de países endémicos y no vacunados de hepatitis A (HA) <sup>12</sup>	Anticuerpos contra el virus de la HA: solo si el precio del cribado no supera al precio de vacunar
Niños con anemia con eritrocitos con punteado basófilo o si han presentado pica o han estado expuestos a fuentes importantes de plomo	Determinación de plomo en sangre <sup>13</sup>
Niños inmunosuprimidos o a los que se les haya de indicar un tratamiento inmunosupresor	Serología específica para estrogiloides

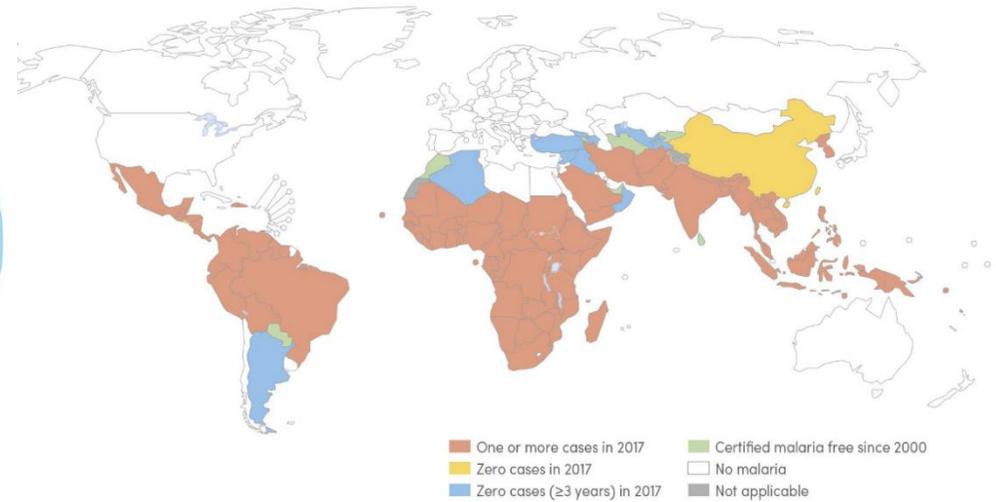
**Figura 3. Distribución mundial de la Enfermedad de Chagas<sup>8</sup>**



**Figura 4. Mapa de prevalencia hepatitis C en el mundo<sup>10</sup>**



**Figura 5. Mapa de distribución de la malaria. OMS**



Se estima que el 93% de los casos de muerte por malaria se produjeron en la región africana de la OMS y que el 65% de las muertes por malaria se dan en menores de 5 años. <https://www.who.int/gho/malaria/en/>

## H. ESQUISTOSOMIASIS UROGENITAL (UG)

Los países con esquistosomiasis urogenital endémica son los del África subsahariana, los de la cuenca del Nilo y los de Oriente Medio. El cribado se realizará mediante una **tira de orina** (mejor tras ejercicio) y, en caso de que haya hematuria, se procederá a la recogida de una muestra de orina para la detección del parásito.

Se recomienda, para aumentar la excreción de los huevos, el ejercicio físico previo (ejemplo: subir y bajar escaleras o correr durante unos 5 minutos) y si es posible, entre las 11 y las 14 horas momento en que la excreción del parásito parece ser máxima. La valoración de la muestra de orina por el microbiólogo debe realizarse poco tiempo después de la recogida.

## I. PARÁSITOS EN HECES

Se realizará la recogida de **3 muestras de heces**, a ser posible en recipientes que contengan **solución de mertiolato-yodo-formol (MIF)** que preserve tanto los trofozoítos como los quistes. Es importante indicar en la petición el lugar de procedencia del niño.

En caso de imposibilidad de realizar el estudio coproparasitológico, puede optarse por realizar un **tratamiento empírico** en mayores de dos años con albendazol<sup>14</sup>.

## J. EOSINOFILIA

Se considera eosinofilia cuando la cifra de eosinófilos es superior a 500/ml. Se clasifica en leve una cifra de 500-1499 eosinófilos/ml, moderada de 1500-4999/ml, y grave si >5000/ml. Si el estudio parasitológico es negativo se han de descartar las causas no parasitarias de eosinofilia y si el paciente está asintomático y la eosinofilia es leve, realizar control evolutivo.

**Tabla 2. Causas de eosinofilia<sup>15</sup>**

Parásitos en heces que causan eosinofilia	Parásitos, que no están o no pueden ser detectados en heces, que causan eosinofilia	Parásitos en heces que no causan eosinofilia	Causas no parasitarias
<i>Ascaris lumbricoides</i> <i>Ancylostomas</i> , <i>Necator spp.</i> <i>Trichuris trichiura</i> <i>Strongyloides stercoralis</i> <i>Taenias (solium y saginata)</i> <i>Schistosomas</i> <i>Paragonimus</i> <i>Ophisthorchis</i> <i>Fasciola</i>	<i>Angiostrongylus</i> <i>Anisakis</i> <i>Capillaria spp.</i> <i>Echinococcus</i> Filariasis ( <i>Wuchereria bancrofti</i> , <i>Brugia spp</i> , <i>Mansonella spp</i> , <i>Onchocerca volvulus</i> , <i>Dracunculus medinensis</i> , <i>Loa loa</i> ) La etapa de cisticerco de la <i>Taenia solium</i> (cisticercosis)	<i>Entamoeba spp.</i> <i>Cryptosporidium</i> <i>Giardia intestinalis</i> <i>Enterobius vermicularis</i> (Oxiuros: si la producen es leve)	-Asma -Atopia -Fármacos -Enfermedades hematológicas: leucemia, linfoma,... -Enfermedades inmunológicas: enfermedad de Crohn, lupus...

## K. TRATAMIENTO DE LOS PARÁSITOS

En el estudio coproparasitológico pueden encontrarse algunos de los parásitos unicelulares que no se consideran patógenos y que, por tanto, no precisan tratamiento (**Tabla 3**).

**Tabla 3. Parásitos unicelulares del intestino humano**

Patógenos	No patógenos	Patógenos ocasionales
<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Entamoeba dispar</i>	<i>Entamoeba coli</i>
<i>Giardia lamblia</i>	<i>Entamoeba hartmanni</i>	<i>Blastocystis hominis</i>
<i>Balantidium coli</i>	<i>Entamoeba polecki</i>	<i>Dientamoeba fragilis</i>
<i>Cryptosporidium parvum</i>	<i>Entamoeba gingivalis</i>	
<i>Cyclospora cayetanensis</i>	<i>Endolimax nana</i>	
<i>Isoospora belli</i>	<i>Iodamoeba bütschlii</i>	
<i>Enterocytozoon bieneusi</i>	<i>Chilomastix mesnili</i>	
<i>Encephalitozoon intestinalis</i>	<i>Trichomonas hominis</i>	
	<i>Trichomonas tenax</i>	
	<i>Enteromonas hominis</i>	
	<i>Retortamonas intestinalis</i>	

## L. PRUEBA DE LA TUBERCULINA

Es importante preguntar por los antecedentes de contacto con algún posible enfermo de tuberculosis (TBC), por clínica sugestiva, que en el niño puede ser muy larvada, y por la administración previa de algún tratamiento antituberculoso al niño o a algún miembro de la familia. **En estos casos la valoración y seguimiento del paciente será diferente a la indicada en el algoritmo.**

La gran mayoría de niños procedentes de países de renta baja están **vacunados de BCG**, lo que se verificará mediante la visualización de la cicatriz. El haber estado vacunado de BCG no obvia la indicación de realizar la prueba de tuberculina, la cual, idealmente y si no hay sospecha clínica de TBC, debería practicarse tras 10-12 semanas de la llegada del niño, para asegurarnos de que no se encuentre en el periodo ventana.

## M. INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA (PT)<sup>16-18</sup>

Se considera positiva una induración  $\geq 5$  mm:

- Niños con contacto íntimo con casos índice o sospechosos de tuberculosis (TBC) independientemente de la vacunación con BCG.
- Niños sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica.
- Niños inmunodeprimidos o infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Niños con conversión de PT previamente negativa.
- Niños menores de 5 años no vacunados previamente con BCG y que provienen de países con alta incidencia de TBC.

**Se considera positiva una induración  $\geq 10$  mm:** cualquier otro caso, incluyendo los niños inmigrantes, viajeros y cribados de niños sanos, independientemente de la vacunación con BCG.

## N. VACUNACIÓN

En general, se han de aceptar como válidos los **registros vacunales** aportados por los padres, excepto si hay algún signo sospechoso de falsificación. Se completarán las vacunas según el calendario de vacunación vigente de cada comunidad autónoma.

Se recomienda la vacunación contra la **hepatitis A** a partir de los 12 meses (salvo serología positiva) por la posibilidad de contacto con familiares infectados que vengan del país de origen y porque son muy frecuentes los viajes al país de origen.

La vacuna **antimeningocócica C** no se administra en la mayoría de los países de África, Asia y América del Sur. Hay que tener presente que en muchos países se aplica la vacunación monovalente para el sarampión a los 9 meses, dosis que no debe ser contabilizada.

Los calendarios de vacunación de los diferentes países se pueden encontrar en la web de la OMS<sup>19</sup>.

## O. ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se deben realizar las que **corresponden a la edad del niño**<sup>20-23</sup> y aquellas que han quedado pendientes de otras edades y que todavía tenga justificación realizar, por ejemplo, en menores de 1-2 años, el cribado de hipotiroidismo y metabolopatías. La educación sanitaria ha de estar adaptada a la cultura de la familia inmigrante.

## P. FERROPENIA

La anemia ferropénica y la ferropenia son frecuentes en los niños inmigrantes. La **profilaxis** se realizará mediante educación sanitaria sobre alimentación y, en ocasiones, mediante suplementación, como en el caso de lactancia materna prolongada sin introducción de alimentación

complementaria, introducción precoz de leche de vaca, consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro o sospecha de falta de absorción de hierro debido a inhibidores (taninos del té o fitatos).

## Q. RAQUITISMO

La profilaxis del déficit de **vitamina D** se ha de considerar especialmente en menores de 18 meses, en adolescentes de piel oscura, y en aquellos que vayan muy tapados<sup>24</sup>.

## R. DÉFICITS NUTRICIONALES

Se ha de realizar **profilaxis** de déficits nutricionales debidos a dietas deficitarias y carenciales (por ejemplo, lactancia materna exclusiva prolongada, niños refugiados, niños de familias con pobreza extrema...). Hemos de estar preparados para la valoración nutricional de **dietas “especiales”** que pueden ser seguidas por algunas familias inmigrantes por motivos religiosos o culturales. En casos de **vegetarianos** es necesaria la suplementación con vitamina B<sub>12</sub> y, en la lactancia, probablemente, con ácidos grasos omega 3<sup>25</sup>.

## S. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Si se atiende a una niña procedente de un país y cultura en el que se practica la mutilación genital femenina (MGF) (en África se practica en toda la zona subsahariana hasta el ecuador, en Egipto, Yemen y países de los Grandes Lagos africanos) y no se ha llevado a cabo, se debe activar el **Protocolo de Profilaxis de la MGF**<sup>4</sup>.

## T. SALUD MENTAL

Debemos estar sensibilizados sobre lo que puede representar el **duelo migratorio** de los niños, los adolescentes y de sus padres, y la adaptación al nuevo entorno, especialmente de los adolescentes. La residencia en barrios marginales, los problemas laborales de los padres y las escasas perspectivas de futuro son factores de riesgo que hay que tener en cuenta. Es importante asegurarse que el niño, si tiene la edad, esté **escolarizado**.

Mención especial son los **menores refugiados**. La causa de su migración y las condiciones en que se ha realizado hacen que muchos de ellos estén afectados por un síndrome postraumático. Por tanto, a partir de cierta edad todos tendrían que ser explorados psicológicamente y, en los que se detectase patología, realizar el tratamiento oportuno<sup>26</sup>. Una primera valoración puede realizarse mediante el test Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) que se encuentra traducido a diferentes idiomas<sup>27</sup>.

## U. CONSEJOS AL NIÑO VIAJERO

Los niños inmigrantes y sus familias suelen realizar viajes a su país de origen. Hay que tenerlo presente para antes del viaje dar los consejos y realizar las actividades pre viaje (Decálogo del Niño Viajero<sup>28</sup>) y después del mismo aplicar el Protocolo de Atención al Niño Viajero<sup>29</sup> (<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/38/evaluacion-posviaje-del-nino-viajero->).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Masvidal Aliberch R, Canadell Villaret D. Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes. [Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10:3-15.](#)
2. Guidelines for the U.S. Domestic Medical Examination for Newly Arriving Refugees. En: Centers for Disease Control and Prevention [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/domestic-guidelines.html>
3. Patrones de crecimiento infantil. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/childgrowth/standards/height\\_for\\_age/es/](https://www.who.int/childgrowth/standards/height_for_age/es/)
4. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015 [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo\\_MGF\\_vers5feb2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf)
5. Stevens G, Finucane M, De-Regil ML, Paciorek J, Flaxman BA, Branca F, *et al.* Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. [Lancet Glob Health. 2013;1:e16-25.](#)
6. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott J. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. [Lancet. 2015;386:1546-aaa55.](#)
7. Mapa de incidencia de hepatitis B. Traveler's Health. En: Center for Diseases Control and Prevention [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-b#5514>
8. Mapa de incidencia de Enfermedad de Chagas. En: Organización Panamericana de la Salud [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Map-int-trans-vector-chagas.pdf>
9. Roca Saumell C, Soriano Arandes A, Solsona Díaz L, Gascón Brustenga J, Grupo de consenso Chagas-APS. Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en Atención Primaria de salud de áreas no endémicas. [Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e1-e12.](#)
10. Mapa de prevalencia de la hepatitis C en el mundo. En: Center for Diseases Control and Prevention [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-c#5521](https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-c#5521)

11. World Malaria Report 2018. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf?ua=1>
12. Hepatitis A. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hepatitis-a](http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hepatitis-a)
13. Screening for lead during the domestic medical examination for newly arrived refugees En: Centers for Disease Control and Prevention [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/lead-guidelines.html>
14. Schrier L, Wyder C, del Torso S, Stiris T, von Both U, Brandenberger J, Ritz N. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *Eur J Pediatr.* 2019;178:1449-67.
15. Domestic Intestinal Parasite Guidelines. En: Centers for Disease Control and Prevention [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/intestinal-parasites-domestic.html](http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/intestinal-parasites-domestic.html)
16. Agència de Salut Pública de Catalunya. Recomanacions per a la prevenció i el control de la tuberculosi pediàtrica a Catalunya. Barcelona; 2015.
17. Mengual Gil JM, Grupo Previnfad. Cribado de la tuberculosis. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/tuberculosis-rec>
18. Cocho Gómez P, Rivero I, Alfayate Miguélez S. Contacto con tuberculosis. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria I [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/58/contacto-con-tuberculosis>
19. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. En: World Health Organization [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/schedules](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules)
20. Programa de Salud Infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil](http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil)
21. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut. En: Direcció General de Salut Pública de Catalunya [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/1197>
22. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo Servicio Extremeño de Salud [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.spapex.es/sites/default/files/guia\\_actividades\\_preventivas\\_inf\\_adol.pdf](http://www.spapex.es/sites/default/files/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf)
23. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. En: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/e84541cc-306c-4f01-8d68-19aad05fc57](http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/e84541cc-306c-4f01-8d68-19aad05fc57)
24. Alonso C, Ureta N, Pallás CR. Grupo Previnfad/PAPPS. Vitamina D profiláctica. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/vitamina-d>

25. Martínez Biarge, M. Niños vegetarianos, ¿niños sanos? En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.aepap.org/sites/default/files/pags\\_65-78\\_ninos\\_vegetarianos.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/pags_65-78_ninos_vegetarianos.pdf)
26. Horlings A, Hein I. Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. [Eur J Pediatr. 2018;177:163-9.](https://doi.org/10.1007/s00127-018-1633-9)
27. Children's Revised Impact of Event Scale [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.childrenandwar.org/projectsresources/measures/](http://www.childrenandwar.org/projectsresources/measures/)
28. Canadell Villaret D, De Aranzábal Agudo M, Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción. Decálogo del niño viajero. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: [www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/ocio-y-actividad-fisica/ocio-en-familia/decalogo-del-nino-viajero](http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/ocio-y-actividad-fisica/ocio-en-familia/decalogo-del-nino-viajero)
29. Canadell Villaret D, Macipe Costa R. Evaluación posviaje del niño viajero. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2020]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/38/evaluacion-posviaje-del-nino-viajero->