

Atención al paciente migrante y refugiado

AUTOR

Mercedes Rivera Cuello

UGC de Pediatría y Neonatología del Hospital de la Axarquía. Málaga

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Mercedes Rivera Cuello

Email: ronijerez@gmail.com

FECHA DE REVISIÓN

Junio 2021

Resumen

La atención sanitaria al menor migrante y sus familias abarca tres fases o períodos que en ocasiones no son lineales si no que pueden solaparse entre sí. La labor de los pediatras que atienden a estas familias es detectar en qué periodo se encuentran y abordar las necesidades específicas e individualizadas de cada paciente y su familia.

En este protocolo abordaremos principalmente el cribado inicial de atención al niño migrante. Este cribado está planteado para aplicarlo en el entorno de Atención Primaria a los niños migrantes procedentes de países de renta baja, que pertenecen a familias con un bajo nivel socio-económico y/o que no han tenido acceso a unos servicios sanitarios equiparables al nuestro.

En todos los casos el protocolo debe ser adaptado a cada niño atendiendo a las circunstancias específicas que lo rodean y a los datos que se obtengan de la anamnesis y exploración clínica minuciosas.

Palabras clave: Migrante, cribado, patología importada.

Abstract

Health care for migrant children and their families covers three phases or periods that are sometimes not linear, but may overlap with each other. The task of the pediatricians who care for these families is to detect what period they are in and address the specific and individualized needs of each patient and their family.

In this protocol, we will mainly address the initial screening of care for migrant children. This screening is designed to be applied in the Primary Care setting to migrant children from low-income countries, who belong to families with a low socio-economic level and / or who have not had access to health services comparable to ours.

In all cases, the protocol must be adapted to each child, taking into account the specific circumstances that surround them and the data obtained from the detailed anamnesis and clinical examination.

Key words: Migrant, screening, imported pathology.

Estructura

1. Introducción.
2. Anamnesis.
3. Exploración física.
4. Exámenes complementarios.
5. Bibliografía.
6. Anexos.
 - 6.1. Tabla 7: Países con incidencia alta y media de tuberculosis..
 - 6.2. Figura 1. Países con riesgo moderado/alto de infección de hepatitis B.
 - 6.3. Figura 2. Países donde se transmite la malaria.
 - 6.4. Figura 3. Países con riesgo moderado/alto de infección de hepatitis A.

1. Introducción.

La atención sanitaria al menor migrante y sus familias abarca tres fases o periodos (Tabla 1) que en ocasiones no son lineales si no que pueden solaparse entre sí. La labor de los pediatras que atienden a estas familias, independientemente del nivel asistencial del que se trate, es detectar en qué periodo se encuentran y abordar las necesidades específicas e individualizadas de cada paciente y su familia. Dada la alta movilidad de este grupo poblacional destacar la importancia de la elaboración y entrega a la familia o responsables del menor de informes detallados de los datos clínicos recopilados y de las actuaciones realizadas con el fin de evitar entrevistas clínicas reiteradas y la repetición de pruebas diagnósticas.

Se consideran migrantes todos aquellos:

- 1) Menores nacidos en otro país que participan del proyecto migratorio de su familia, bien en un primer momento o tras un tiempo en los procesos de reagrupación familiar.
- 2) Menores nacidos en un país extranjero adoptados internacionalmente.
- 3) Menores extranjeros no acompañados: “menores que se encuentran en el país de acogida sin la protección de un familiar o adulto responsable que habitualmente se hace cargo de su cuidado”.
- 4) Menores refugiados procedentes de países en guerra.

Tabla 1. Fases en la atención sanitaria a familias migrantes.

FASES DE LA ATENCIÓN SANITARIA
Periodo 1: - Comprende los tres primeros años - Sintomatología y/o despistaje relacionado con enfermedades importadas
Periodo 2: - Establecimiento en el país de acogida - Estado de salud dependiente de las condiciones de vida en el país de acogida. Padecimiento de infecciones y enfermedades cosmopolitas - Aparición de trastornos psicosociales. - Control de VFR's (visiting friends and relatives)
Periodo 3 - Situación estable en el país de acogida - Problemas de salud similares a los de la población autóctona.

En este protocolo abordaremos principalmente el cribado inicial de atención al niño migrante. Este cribado está planteado para aplicarlo en el entorno de Atención Primaria a los niños migrantes procedentes de países de renta baja, que pertenecen a familias con un bajo nivel socio-económico y/o que no han tenido acceso a unos servicios sanitarios equiparables al nuestro.

En todos los casos el protocolo debe ser adaptado a cada niño atendiendo a las circunstancias específicas que lo rodean.

Los objetivos principales de la aplicación de dicho cribado inicial en este grupo poblacional son tres¹:

- 1) Conocer el estado de salud del niño inmigrante o refugiado.
- 2) Detectar y tratar las enfermedades que pueda tener.
- 3) Actualizar vacunas y aplicar el protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud adecuado a su edad.

Ante el ingreso de un menor migrante se debe identificar en qué periodo de los descritos anteriormente se encuentra para adaptar nuestra atención a dichas circunstancias y comprobar, principalmente en menores llegados hace menos de tres años a nuestro país, la realización del cribado inicial de atención al menor migrante en su centro de salud y la posible relación de los síntomas que presenta con patología importada de su país de origen.

2. Anamnesis.

Una anamnesis correcta facilitará la adecuada evaluación de la salud del niño/niña o adolescente y permitirá intervenir según los puntos vulnerables o factores de riesgo identificados (Tabla 2)².

En el caso de menores no acompañados se recopilará la máxima información posible a través del intercambio con los/las profesionales responsables de la guarda y acompañamiento del/la menor de edad.

En caso de familias refugiadas que proceden de zonas de conflicto se debe limitar la anamnesis a los datos imprescindibles y/o dividirla en varias entrevistas ya que, acostumbrados a un estado policial pueden vivir con miedo a repercusiones negativas al responder a algunas preguntas o no tolerar adecuadamente la realización de interrogatorios extensos.

Tabla 2. Datos de la anamnesis inicial.

DATOS	OBJETIVOS
1. País y lugar de procedencia 2. Etnia 3. Ruta migratoria 4. Lengua materna, otros idiomas	- Identificar patologías endémicas de los diferentes países. - Identificar el idioma idóneo para la comunicación, así como aspectos culturales y antropológicos respecto a sus creencias y mitos sobre la salud y la enfermedad ¹ .
5. Motivo de la migración 6. Características del viaje	- Valorar posibles agresiones físicas ² , vejaciones, privación de afecto o de cuidados necesarios, abuso sexual o trata de personas.
7. Tiempo de estancia en España	- Considerar el periodo de incubación de enfermedades endémicas del país origen. - Indagar sobre la existencia de informes o valoraciones sanitarias previas.
8. Historia social: - Familiograma - Red familiar - Condiciones de vida, lugar de residencia - Contacto con familia de origen - Existencia de familia de acogida	- Valorar factores de riesgo y factores protectores psicosociales. - Detectar situaciones de vulneración de sus derechos o maltrato. -“Señales de alerta” para la sospecha de trata en menores no acompañados -“Señales de alerta” para la sospecha de trata en menores no acompañados
9. Hábitos tóxicos	- Detectar posible consumo de sustancias ³ .
10. Nivel escolar	- Identificar problemas de aprendizaje.
11. Antecedentes personales: - Enfermedades crónicas/ tratamientos habituales - Intervenciones quirúrgicas - Alergias - Ingresos o cirugías previas - Transfusiones - Enfermedades familiares	- Obtener información clínica relevante. - Valorar la necesidad de atención especializada. - Descartar patologías hereditarias. - Valorar consanguinidad. - Descartar, en lo posible, enfermedades infecciosas en la familia.
12. Vacunas previas	- Revisar documento de vacunaciones.

DATOS	OBJETIVOS
13. Enfermedad actual	- Conocer la presencia de síntomas actuales ⁴ . - Descartar sarna y pediculosis, especialmente en menores o familias institucionalizadas

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

² Pueden solicitar asilo por refugiado.

³ Indagar sobre la inhalación de pegamento, muy habitual entre los menores no acompañados.

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

3. Exploración física.

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

Tabla 3. Exploración física.

ÓRGANO / APARATO	OBJETIVOS
1. Peso 2. Talla 3. Perímetro craneal	- Calcular IMC .- Valoración nutricional (uso de tablas de la OMS) ¹ .

ÓRGANO / APARATO	OBJETIVOS
4. Piel y mucosas	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de existencia de cicatriz de BCG (deltoides, antebrazo parte ventral, más frecuente que en muslo, glúteo). - Valoración de palidez cutáneo-mucosa. - Detección de lesiones o cicatrices de maltrato, así como, signos de violencia autoinfligidas². - Detección de pediculosis, tiña, impétigo, sarna³. - Detección de signos de patología endémica: larva migrans, lepra, paquidermitis⁴, leishmaniasis cutánea, lesiones de rascado... - Detección de la presencia de nódulos o tumoraciones⁴. - Detección de candidiasis oral. - Detección de patología y/o irritación de mucosas.
5. Ojos y oídos	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración básica de capacidad auditiva y agudeza visual. - Valoración de signos de irritación conjuntival⁵.
6. Cuello	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de posibles adenopatías. - Valoración de glándula tiroides.
7. Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de masas y visceromegalias⁶.
8. Genitales externos	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar malformaciones. - Detección de signos de enfermedades de transmisión sexual (ETS). - Detección de posible Mutilación Genital Femenina (MGF)⁷.
9. Extremidades	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de linfedema y/o adenopatías axilares e inguinales. - Valoración de defectos o limitaciones osteoarticulares⁸.
10. Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de déficits neurológicos (motores y/o sensitivos). - Valoración del desarrollo psicomotor⁹.
11. Valoración odontológica	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los menores deben ser valorados por odontología.

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

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

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

⁴ Especialmente en la raza negra, descartar filariasis.

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

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

⁷ Es preciso realizar un abordaje sensible, en un ambiente propicio. Preguntando a la menor por posibles síntomas y siempre explicando la exploración a realizar por parte de un mediador/traductor en caso de barrera idiomática.

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

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

4. Exámenes complementarios.

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

En la tabla 4 se recogen las pruebas generales para todos los niños/niñas migrantes procedentes de países de renta baja y los refugiados y las recomendaciones adaptadas a la edad y país de procedencia del niño en la tabla 5.

Tabla 4: Exámenes complementarios generales

PRUEBA	OBSERVACIONES
Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> - Permite la valoración de anemia y la forma eritrocitaria. - Presencia de eosinofilia (>7% y/o >500). - Síntomas y signos clínicos de infección.
Ferritina y sideremia	<ul style="list-style-type: none"> - Despistaje de ferropenia (+/-anemia). - La ferritina es un marcador inflamatorio que en caso de encontrarse muy elevado orientaría a proceso inflamatorio crónico.

PRUEBA	OBSERVACIONES
<p>Rx Tórax</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda activa¹ de casos de tuberculosis mediante Rx tórax en MENA de 14 años y más procedentes de países alta y media endemia (tabla 7). Se recomienda realizar en las primeras 48 horas. En chicas, antes de realizar Rx, descartar embarazo. - En <14 años: sólo en el caso de existir síntomas sugerentes. - En caso de Rx patológica, continuar estudio incluyendo la enfermedad/ infección tuberculosa en el diagnóstico diferencial.
<p>Prueba de tuberculina (PT)/ IGRA (interferon-gamma release assay)</p>	<p>Se recomienda la búsqueda de la infección tuberculosa en MENA procedentes de países alta y media endemia (tabla 7) que se pueden beneficiar de un tratamiento preventivo, y que pueda asegurarse su seguimiento hasta finalización del tratamiento. La prueba de elección es la Prueba de la Tuberculina (PT). Algoritmo decisión:</p> <p>1. Diámetro < 5mm → Considerar no infectado. Excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menores de 5 años procedentes de países de alta endemia² → Solicitar IGRA - Niños/as inmunodeprimidos/as² → Solicitar IGRA - Niños con deficiente estado nutricional → Repetir PT. - Prueba realizada en las primeras semanas (<12 semanas) tras la llegada a España → Repetir PT <p>2. Diámetro ≥ 5mm → Considerar infectado Excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diámetro <15mm en vacunados³ → Solicitar IGRA.

PRUEBA	OBSERVACIONES
Serología HB (AgHBs, AcHBs, AcHBc)	Se recomienda realizar marcadores serológicos de virus hepatitis B (AgHBs, AcHBc, AcHBs) en menores procedentes de países de alto y moderado riesgo (Figura 1)
Parásitos intestinales	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesaria la recogida de tres muestras⁴. - En caso de presencia de eosinofilia, si los parásitos son negativos en heces y no existe otra causa probable, es necesario profundizar en la investigación en una unidad especializada. - No está recomendado el uso de tratamiento antiparasitario empírico.

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

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

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

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

Tabla 5 Exámenes complementarios según edad, procedencia y sexo.

PRUEBA	OBJETIVO CRIBADO	INDICACIÓN
Prueba del talón	Patología endocrino-metabólica	- Realizar en menores de 2 años.
Serología	Portador o enfermo VIH VHC Sífilis	-En menores de África subsahariana y adolescentes sexualmente activos. -Realizar serología VIH y VHC en menores con antecedentes de riesgo (intervenciones, tatuajes, mutilación genital, transfusiones...) independientemente de la procedencia. - Ante sintomatología y/o antecedentes compatibles independientemente de la procedencia.
Serología a Trypanosoma cruzi	Enfermedad de Chagas	- En todo paciente procedente de área endémica (América latina). - Hijo de madre originaria de áreas endémicas.
Tira reactiva de orina tras ejercicio	Esquistosomiasis urogenital.	- Realizar en menores procedentes de África subsahariana. - Si se detecta hematuria, proceder a la investigación del parásito en orina ¹ .
Gota gruesa, extensión de sangre periférica o test rápido de malaria	Paludismo	- En todo paciente que presente fiebre durante los primeros 3-4 meses tras su llegada de países endémicos. Figura 2 - Pacientes seminmunes (que han sufrido malaria previamente) pueden presentar diferentes cuadros clínicos: vómitos, abdominalgia, diarrea, tos, encefalitis..., por lo que debe siempre sospecharse.

PRUEBA	OBJETIVO CRIBADO	INDICACIÓN
Electroforesis de hemoglobinas o cromatografía de alta resolución	Hemoglobinopatías	- Es de especial interés la detección precoz de Drepanocitosis. - Realizar el cribado a todos los menores de raza negra o con ancestros de raza negra menores de 5 años ² debiendo derivarse a la unidad de hematología de referencia.
Niveles de plomo	Detección de niveles de plomo elevados	- Realizar ante clínica compatible ³ : anemia, estreñimiento, letargia, abdominalgia, deterioro del desarrollo psicomotor.
Serología VHA	Inmunidad frente a VHA (IgG VHA)	- Realizar serología sólo en mayores de siete años en los que presenten una condición de riesgo o posibilidad de viajar a sus países de procedencia. Figura 3
Test de embarazo	Detección de embarazo	-En todas las adolescentes.

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

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

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

⁴ Es más eficiente conocer el estado serológico, que vacunar, ya que en países de alta prevalencia, en general países de renta baja, los niños/as >7años probablemente hayan pasado la enfermedad. La vacunación frente a hepatitis A, por tanto, solo estaría recomendada en menores susceptibles que presenten una condición de riesgo o posibilidad de viaje a su país de origen.

Se requiere de una alta sospecha diagnóstica de las patologías que presenta este grupo poblacional ya que suelen ser oligosintomáticas, a ello se suma, la escasa percepción de enfermedad y de reconocimiento de síntomas de alerta dada la limitada educación sanitaria de las familias y menores migrantes. En la tabla 6 se enumeran los principales cuadros clínicos a descartar según los datos obtenidos de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias realizadas.

Tabla 6. Orientación diagnóstica.

ORIENTACIONES DIAGNÓSTICAS SEGÚN SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS Y ANALÍTICOS
<ul style="list-style-type: none">• Fiebre: paludismo, viriasis importadas (Dengue, Chikunguya principalmente).• Diarrea: parasitosis intestinales (amebas, helmintos, paludismo).• Prurito: sarna o escabiosis (predominio nocturno), filariasis.• Anemia: carencial, paludismo, hemoglobinopatías, parasitosis.• Eosinofilia: helmintos, parásitos tisulares.• Hepatopatía: virus hepatitis B y C, absceso hepático amebiano, paludismo, leishmaniosis.• Esplenomegalia: paludismo, esquistosomiasis, leishmaniosis, fiebre tifoidea, hemoglobinopatías.• Hematuria: esquistosomiasis.• Cardiopatía: enfermedad de Chagas.• Adenopatías: tuberculosis, toxoplasmosis, tripanosomiasis africana.• Síntomas respiratorios: tuberculosis.• Convulsiones: paludismo, neurocisticercosis.• Alteraciones cutáneas: larva migrans, oncocercosis, sarna, micosis.

5. Bibliografía.

- 1) Masvidal, R., & Canadell Villaret, D. (2017). Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. FormAct PEdiatr Aten Prim, 10(1), 3-15.
- 2) Consejería de Salud 2019. Guía para el examen de salud inicial de Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs). Se puede obtener en: www.repositoriosalud.es
- 3) Centers for disease control and prevention. <https://www.cdc.gov>.

6. ANEXOS.

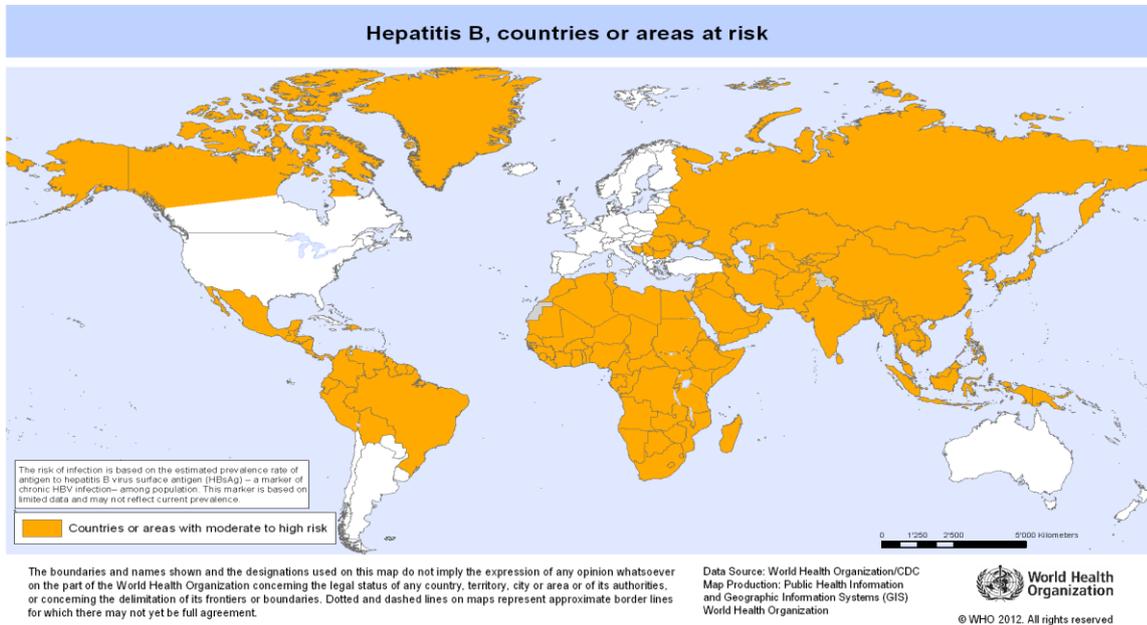
6.1. Tabla 7. Países con incidencia alta y media de tuberculosis.

Países con incidencia ALTA (TME=>120 casos por 100 000 habitantes)					
PAIS	TASA 10 ⁵ *	LÍMITES	PAIS	TASA 10 ⁵ *	LÍMITES
Afganistán	189	(122-270)	Kiribati	413	(317-523)
Angola	359	(232-512)	Laos	168	(109-240)
Bangladesh	221	(161-291)	Lesoto	665	(430-949)
Botsuana	300	(232-376)	Liberia	308	(199-440)
Bután	134	(103-169)	Madagascar	238	(154-340)
Cabo Verde	134	(87-192)	Malauí	133	(75-207)
Camboya	326	(224-447)	Micronesia (E.F.)	165	(126-208)
Camerún	194	(126-278)	Mongolia	428	(220-703)
Centroafricana (R)	423	(274-604)	Mozambique	551	(356-787)
Chad	154	(100-220)	Myanmar	358	(263-466)
Congo	376	(239-545)	Namibia	423	(324-535)
Congo (RD)	322	(208-460)	Nepal	152	(134-172)
Corea del Norte	513	(446-584)	Nigeria	219	(143-311)
Costa de Marfil	148	(95-212)	Pakistán	267	(189-357)
Djibouti	269	(206-340)	Papua N.Guinea	432	(352-521)
Etiopía	164	(115-221)	Senegal	122	(87-163)
Filipinas	554	(311-866)	Sierra Leona	301	(193-431)
Gabón	529	(342-755)	Somalia	266	(172-380)
Gambia	174	(132-221)	Suazilandia	308	(236-389)
Ghana	152	(73-258)	Sudáfrica	567	(406-754)
Guinea	176	(114-252)	Sudan del Sur	146	(95-209)
Guinea Bissau	374	(242-534)	Tailandia	156	(119-199)
Guinea Ecuatorial	191	(167-216)	Tanzania	269	(127-464)
Haití	181	(139-229)	Timor Oriental	498	(322-711)
India	204	(140-281)	Tuvalu	236	(202-273)
Indonesia	319	(291-348)	Uganda	201	(118-305)
Islas Marshall	480	(368-607)	VietNam	129	(106-155)
Kenia	319	(195-472)	Zambia	361	(234-514)
Kirguistán	144	(120-170)	Zimbabue	221	(164-287)

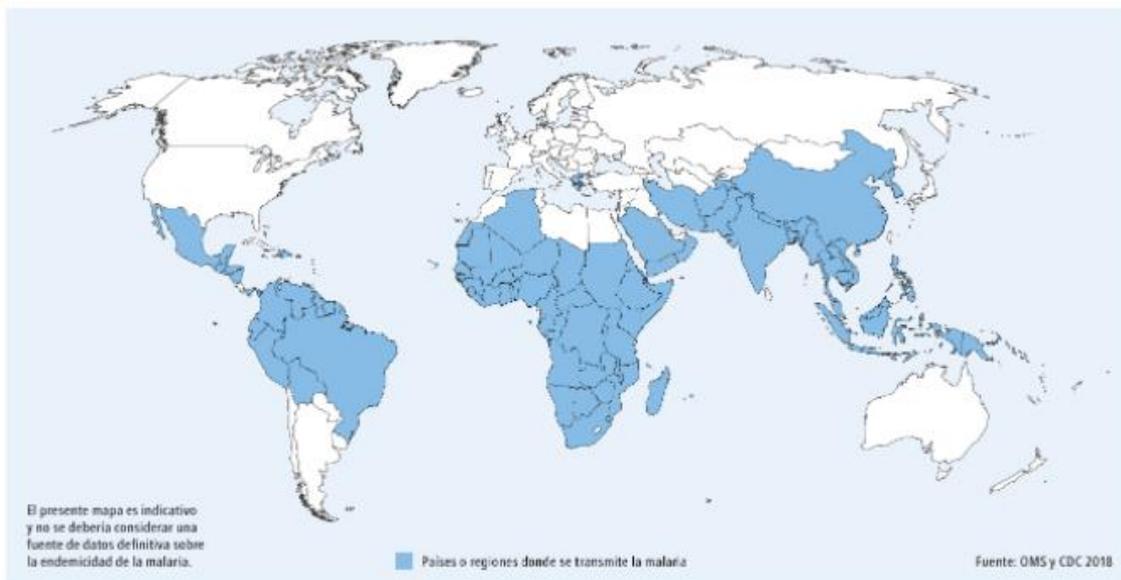
6.1. Tabla 7. Países con incidencia alta y media de tuberculosis.

Países con incidencia MEDIA (TME=>60 y < 120 casos por 100 000 habitantes)					
PAIS	TASA 10⁵*	LÍMITES	PAIS	TASA 10⁵*	LÍMITES
Argelia	70	(53-88)	Malasia	93	(79-107)
Azerbaiyán	67	(51-84)	Marruecos	99	(85-115)
Bolivia	111	(73-158)	Mauritania	97	(63-139)
Brunei Darussalam	64	(55-74)	Moldavia	95	(82-110)
Burundi	114	(74-163)	Nauru	91	(78-105)
China	63	(54-73)	Níger	90	(58-128)
Corea del Sur	70	(65-75)	Niue	71	(61-82)
El Salvador	72	(55-91)	Palaos	106	(91-122)
Eritrea	67	(31-116)	Perú	116	(89-147)
Georgia	86	(72-101)	Rumania	72	(62-83)
Groenlandia	116	(99-134)	Rusia	60	(39-85)
Guam	60	(51-69)	Santo Tomé	118	(47-222)
Guayana	86	(66-109)	Sri Lanka	64	(47-84)
Hong Kong	67	(58-78)	Sudán	77	(53-105)
Islas Marianas del Norte	86	(73-99)	Tayikistán	85	(65-106)
Islas Salomón	76	(58-96)	Ucrania	84	(54-119)
Kazajistán	66	(43-94)	Uzbekistán	73	(51-99)
Macao	70	(60-81)			

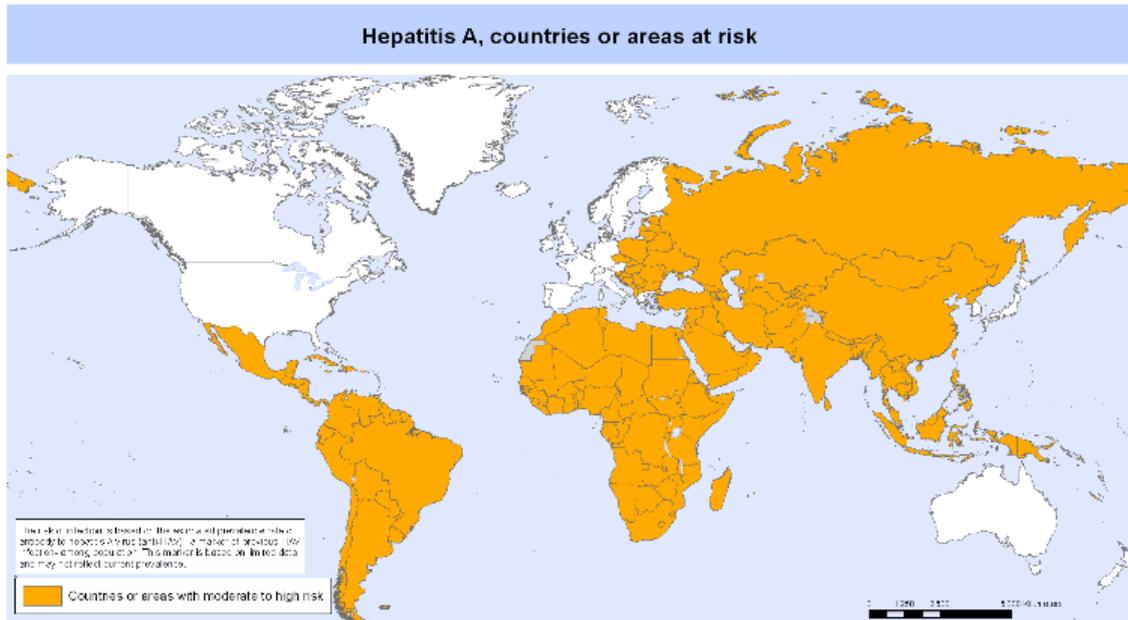
6.2. Figura 1. Países con riesgo moderado/alto de infección de hepatitis B.



6.3. Figura 1. Figura 2. Países donde se transmite la malaria.



6.4. Figura 3. Países con riesgo moderado/alto de infección de hepatitis A.



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

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

 World Health Organization
©WHO 2012. All rights reserved.