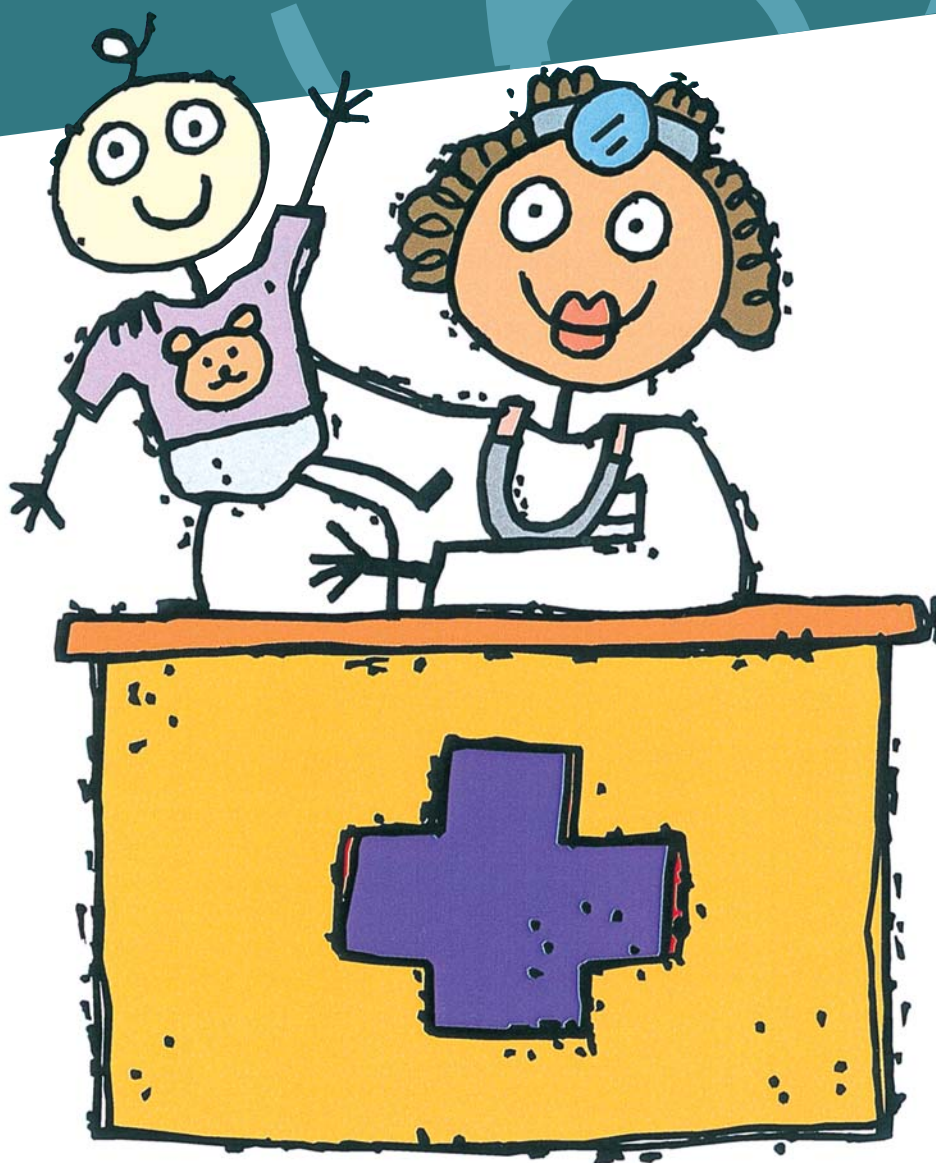


Mesa de Pediatria en Adopci3n

Madrid, junio-noviembre de 2005

Consenso en Adopci3n Internacional

Guía para **Pediatras**
y otros profesionales sanitarios



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA
DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIA Y DISCAPACIDAD


COORDINADORA DE ASOCIACIONES
en Defensa de la Adopci3n y el Acogimiento



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES
Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Consenso en Adopción Internacional

Guía para Pediatras
y otros profesionales sanitarios

66CORRA



© Asociación Atlas en Defensa de la Adopción, 2005.

© CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento), 2005.

25 de noviembre de 2005.

ISBN: 84-609-9208-X

Promotores:

Asociación Atlas en Defensa de la Adopción
CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento)

Coordinación general del proyecto:

Alberto Núñez López. Comisión de Salud, Asociación Atlas y CORA.
Francisco Rúa Vízoso. Presidente de la Asociación Atlas y CORA

Autores (por orden alfabético):

- Maite de Aranzábal Agudo. Pediatra. Centro de Salud Agurain, Vitoria. Coordinadora del grupo de Inmigración, Adopción y Cooperación Internacional de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria.
- Ángel Cortés Lozano. Pediatra. Centro de Acogida del Instituto Madrileño del Menor y la Familia “Casa de los niños”, Consejería de la Familia y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid.
- Victoria Fumadó Pérez. Pediatra. Unidad de Patología Importada, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.
- Milagros García López-Hortelano. Pediatra. Unidad de Pediatría Tropical, Hospital Carlos III, Madrid.
- Ángel Hernández Merino. Pediatra. Centro de Salud “Granero Vicedo”, Alcorcón, Servicio Madrileño de Salud. Madrid.
- Julián Lirio Casado. Pediatra. Unidad de Pediatría Social, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid.
- Gonzalo Oliván Gonzalvo. Pediatra. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Documento avalado por:

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap, www.aepap.org)
Sociedad de Pediatría Social de la AEP (SPS, www.pediatriasocial.com)



Ayudas recibidas y fuentes de financiación:

El desarrollo del trabajo previo para la elaboración de este documento ha recibido el apoyo y la ayuda económica de:

- Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subsecretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad.
- CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento, www.coraenlared.org/)/Asociación Atlas en Defensa de la Adopción.



Notas:

Documento elaborado por consenso de los autores nombrados, adaptando y ampliando sobre un borrador inicial del Dr. G. Oliván.

La difusión total o parcial de este documento debe contar con la autorización de la organización promotora CORA. Contacto: correo@coraenlared.org o a través de www.coraenlared.org

El grupo de trabajo que ha desarrollado este documento ha seguido exclusivamente lo dictado por el criterio de sus componentes y el debate y consenso del grupo. Las opiniones y contenidos de este documento corresponden en exclusiva a los autores. Debe entenderse que la entidad promotora y las instituciones que han apoyado y avalado el proyecto no comparten necesariamente todas las afirmaciones y recomendaciones de los autores.

Los autores asumen que los lectores emplearán su conocimiento y juicio clínico para aplicar y adaptar las recomendaciones generales y específicas del presente documento a cada caso individual. La rápida evolución de los conocimientos médicos puede hacer que con el tiempo algunas recomendaciones y afirmaciones pierdan vigencia.

Los autores han puesto el mayor cuidado e interés en la transcripción de tratamientos, fármacos y la dosificación de éstos. No obstante, como precaución adicional ante posibles errores inadvertidos, se recomienda a los lectores que consulten otras fuentes antes de aplicarlos a sus pacientes.

Formato de cita sugerida:

De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casado J, Oliván Gonzalvo G. Consenso en Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA (Ed.); 2005.



Índice

Prólogo	7
Introducción	9
Justificación	11
Objetivos	15
1. La consulta médica pre-adoptiva	17
1.1. Los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud. Generalidades	17
1.2. Los factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia	20
1.2.A. Federación Rusa y Europa del este	22
1.2.B. China y sudeste de Asia	26
1.2.C. América Latina	28
1.2.D. Subcontinente Indio	31
1.2.E. África	32
1.3. Los informes pre-adoptivos y los datos a obtener	37
1.4. El viaje y la estancia en el extranjero	39
2. Post-adopción	45
2.1. La evaluación médica inicial	45
2.1.A. Cuándo realizarla	45
2.1.B. Qué evaluar	45
2.2. El seguimiento	48
2.2.A. Evaluación y seguimiento del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal	49
2.2.B. Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor y neuromadurativo	51
2.2.C. Evaluación y seguimiento del estado de inmunización	52
2.2.D. Evaluación y seguimiento de la visión y audición	56
2.2.E. Evaluación y seguimiento de la dentición	56
2.2.F. Evaluación y seguimiento de la edad cronológica	56
2.2.G. Seguimiento del desarrollo afectivo-emocional, del comportamiento, del lenguaje y de la adaptación social	56
2.2.H. Otras evaluaciones y seguimientos	60
3. El pronóstico evolutivo	61
Bibliografía	63
Anexo: Centros de vacunación internacional	69
Fuentes de financiación	71
Presentación de esta Guía	73

Relación de tablas y figuras:

Tabla	Título	Pág.
1	Adopciones internacionales en España, 1997-2004	13
2	Factores potenciales de riesgo generales a los países de origen	18
3	Factores potenciales de riesgo previos a la institucionalización	18
4	Factores potenciales de riesgo durante la institucionalización	18
5	Problemas de salud muy frecuentes (> 25%)	19
6	Problemas de salud frecuentes (5-25%)	19
7	Problemas de salud infrecuentes (< 5%)	20
8	Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia	21
9	Principales problemas de salud en niños adoptados en la Federación Rusa y Europa del este	24
10	Calendario vacunal (hasta los 7 años de edad) de los principales países de Europa del este donde adoptan las familias españolas	26
11	Enfermedades/patologías encontradas en niños chinos adoptados	27
12	Pauta vacunal habitual en China	28
13	Datos de países centro y suramericanos según la OPS	29
14	Alteraciones mas significativas en niños adoptados de Guatemala (Miller, 2005)	31
15	Perfil de enfermedades de especial prevalencia e impacto	32
16	Deficiencias observadas en los informes médicos pre-adoptivos	37
17	Datos médicos y sociosanitarios a obtener de todo niño adoptable en el extranjero	38
18	Características de un video válido para estudio pre-adoptivo	38
19	Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales	41
20	Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias adoptivas que viajan al extranjero	41
21	Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero	42
22	Profilaxis antipalúdica	42
23	Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica	43
24	Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional	43
25	Evaluación médica básica recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero	46
26	Evaluación médica específica recomendada a algunos (a) niños adoptados en el extranjero	47
27	Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional	48
28	Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado	54
29	Pautas de vacunación recomendadas para niños no vacunados	55

Figura	Título	Pág.
1	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Evolución del número de adopciones por año.	12
2	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes (número de adopciones por año).	13
3	Distribución porcentual de los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (1997-2004)	22
4	Exposición prenatal a agentes infecciosos en niños adoptables de la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (2000-2004)	23
5	Exposición prenatal a factores tóxicos del desarrollo embrio-fetal en niños adoptables de la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (2000-2004)	23
6	Mortalidad infantil en África	33
7	Causas de mortalidad infantil en África	33

PRÓLOGO

El fenómeno de la adopción internacional se ha incrementado de una manera significativa en nuestro país. Se trata de una nueva realidad que plantea un cúmulo de dificultades a las familias, riesgos sanitarios a los niños e incertidumbre por el desconocimiento de los antecedentes previos, variables dependiendo del país de origen.

Nuestra misión como pediatras de atención primaria es responder a las necesidades de salud de los niños y adolescentes en el contexto de la comunidad. En nuestra perspectiva, la adopción es un acto de gran generosidad para el niño. En este contexto surge esta guía promovida por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA), con el apoyo de distintas entidades publicas.

Su principal objetivo es ayudar a los profesionales de la salud en la evaluación de los riesgos específicos de este grupo de niños, establecer pautas de seguimiento en las consultas y sobre todo servir de apoyo a las familias antes de que se embarquen en esa aventura desconocida como es la primera toma de contacto con el país de origen del menor a adoptar.

Esta guía es de enorme utilidad para los profesionales de la salud infantil que atienden a las familias adoptantes y asisten a los niños adoptados. En la misma se compendia la información y se dan instrumentos para que los padres en la consulta pre-adopción, puedan interpretar los informes médicos del país de origen, cómo evaluar el riesgo, cuáles son los problemas de salud prevalentes generales y por país de origen. También se abordan las evaluaciones médicas consensuadas recomendadas a su llegada y el seguimiento médico post-adopción.

Nuestra implicación ante una iniciativa tan encomiable se ha concretado en la participación con algunos compañeros de la Asociación Española de Pediatría de atención primaria (AEPap), en conjunción con otros profesionales de reconocido prestigio y expertos en el tema objeto de la misma.

De igual manera que otras sociedades científicas, la AEPap tiene la voluntad de contribuir a su difusión entre los profesionales que se ocupan de la atención al niño y ayudar a mejorar los conocimientos en este campo, y en todo caso saluda y se congratula por esta iniciativa.

Juan Ruiz-Canela Cáceres
Presidente de la AEPap



INTRODUCCIÓN

La Adopción Internacional ha aumentado en nuestro entorno de forma extraordinaria; en menos de una década la sociedad española se ha habituado a una realidad hasta hace poco prácticamente desconocida y que se ha instalado en la concepción tradicional de familia sin alterar su función y su sentido. Pero la adopción es un proceso no exento de dificultades y de trances. Los niños adoptados en el extranjero tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo, psicológicos y de adaptación social, por haber estado expuestos a múltiples factores potenciales de riesgo.

La información médica y sociosanitaria pre-adoptiva que se ofrece y se obtiene de estos niños es, en general, deficiente. En muchos casos, el cúmulo de deficiencias es tal que la evaluación de dicha información no permite identificar la existencia de problemas médicos pasados y presentes, la necesidad presente o futura de evaluaciones y tratamientos médicos o quirúrgicos, ni la existencia de factores de riesgo que pueden afectar su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible. En definitiva, en muchos casos no es posible evaluar el estado real de salud física y mental del menor a adoptar a partir de esta información.

Las familias adoptivas deben estar preparadas para afrontar debidamente las siguientes situaciones:

- El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos –en su mayoría prevenibles– de adquirir enfermedades transmisibles. Por ello, es necesario asesorarse sobre las medidas necesarias para evitarlos o prevenirlos.
- Cuidar al menor adoptado en el extranjero implica tener unos conocimientos elementales sobre alimentación, higiene, enfermedades infantiles comunes y actuación frente a trastornos de adaptación frecuentes en el niño post-institucionalizado. También será útil conocer el contenido del botiquín médico de viaje y sus normas de utilización.

También hay que tener en cuenta que:

- Alrededor de un 10-15% de los niños procedentes de adopción internacional presenta a su llegada problemas de salud física y/o mental no reconocidos o sospechados antes de la adopción.
- Las enfermedades infecciosas están presentes hasta en un 35% de estos niños, y que existe el peligro, aunque bajo, de transmisión a otros miembros de la familia o de la comunidad.

Por ello, en el niño adoptado en el extranjero es indispensable realizar una evaluación médica tras su llegada para reconocer y corregir precozmente los problemas de salud física y/o mental y planificar su seguimiento médico sistematizado. Los objetivos son mejorar su estado general de salud, promover su desarrollo integral y evitar problemas de adaptación familiar y social.

JUSTIFICACIÓN

La Convención internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de 1989, firmada y ratificada por España en 1990, indica en su artículo 21 que la adopción internacional es una medida de protección del menor que ha de ser utilizada en último extremo, una vez agotadas todas las posibilidades de que el menor pueda permanecer en el seno de su familia biológica o, en todo caso, en el Estado que le vio nacer, a fin de evitar el posible desarraigo que pueda ocasionar al menor el traslado a un país diferente del suyo¹.

El Convenio de La Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, ha supuesto un reto importante en cuanto al establecimiento de garantías legales y respeto de los derechos fundamentales del niño en el ámbito de la tramitación de las adopciones internacionales. Sin embargo, no todos los países de origen de los niños adoptados en el extranjero han suscrito dicho Convenio, y en el mismo no se han arbitrado las medidas necesarias destinadas a garantizar la información de ámbito sociosanitario que se debe proporcionar sobre los menores adoptables^{2,3}.

La adopción es, por tanto, un medio de protección en el que debe primar el interés superior del menor. Pero adoptar a un niño es un ejercicio serio de responsabilidad. La mayoría de las familias españolas que deciden hacerlo en el extranjero aceptan que su futuro hijo llegue con problemas de salud física o mental recuperables a corto o medio plazo, pero son muy pocas las que asumen la adopción de un niño con una posible enfermedad crónica irreversible o discapacitante, especialmente si es de tipo neurosensorial. Las familias saben que para adoptar niños con discapacidades, no es necesario salir de España. La adopción de un niño con un trastorno de salud física o mental grave por una familia que desconocía su existencia puede provocar situaciones de inadaptación que acaben en un fracaso de la adopción y un nuevo abandono del menor. Para evitarlo, deberían asesorarse a través de la consulta médica pre-adoptiva.

España se ha incorporado recientemente a la adopción internacional. Desde la ratificación del Convenio de La Haya en 1995, por múltiples factores e interrelacionados, este fenómeno social se ha incrementado de manera exponencial en nuestro país, de tal forma que en la actualidad somos la segunda nación del mundo en número de adopciones internacionales, por detrás de los Estados Unidos de América. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS)⁴, el total de niños adoptados en nuestro país en el período 1997-2004 ha sido de 24.042 y procedían de 49 países, aunque seis de ellos (China, Federación Rusa, Colombia, Ucrania, Rumania e India) suponen el 78% del total (Tabla 1 y Figuras 1 y 2).

Para estudiar, analizar y mejorar la situación de este importante fenómeno social el Senado de España, en su sesión plenaria de 7 de marzo de 2002, constituyó la Comisión Especial sobre la adopción internacional. Esta Comisión, sobre la base de las opiniones, informaciones y propues-

¹ La Convención sobre los Derechos del Niño se adoptó por la Resolución 44/25 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989. Entró en vigor de forma general el 2 de septiembre de 1990. La entrada en vigor para España tuvo lugar el 5 de enero de 1991, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 de la Convención. Instrumento de Ratificación de 6 de diciembre de 1990 [BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990]. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 1999;1:139-161 [En línea] [Fecha de consulta 5 de junio de 2005]. Disponible en www.pap.es/

² El Convenio de La Haya del 29 de mayo de 1993 relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de Adopción Internacional entró en vigor en general el 1 de mayo de 1995, y en España el 1 de noviembre de 1995, de conformidad con el artículo 46 de dicho Convenio. Convenio de La Haya del 29 de mayo de 1993 relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de Adopción Internacional. BOE núm. 182, martes 1 agosto 1995, página 23.448 [En línea] [Fecha de consulta 5 de junio de 2005]. Disponible en www.portal.aragob.es/iass/Menores/DocsPDF/ConvenioLaHaya.pdf

³ Calvo Caravaca AL, Carrillo Carrillo BL, Carrascosa González J. Adopción internacional y Convenio de la Haya de 29 de mayo 1993. Granada: Comares; 2003.

⁴ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. Adopciones Internacionales 1997-2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. Disponible en www.mtas.es

tas aportadas por las instituciones, asociaciones de familias y expertos comparecientes ante la misma, publicó su informe en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de diciembre de 2003⁵ y fue aprobado por unanimidad en Sesión Plenaria de la Cámara del Senado celebrada el 10 de diciembre de 2003. En este informe la Comisión formuló una serie de importantes conclusiones y recomendaciones en el ámbito normativo de las administraciones competentes y en relación con las entidades colaboradoras de adopción internacional. Entre las recomendaciones formuladas destaca *el establecimiento de un protocolo médico-pediátrico, homologado por países, mediante los correspondientes acuerdos bilaterales, procurando asimismo la adecuada atención sanitaria en España a los menores adoptados según las especificidades de sus países de origen.*

Con el objetivo de conocer diversos aspectos de la adopción internacional en el marco sanitario de nuestro país, la Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA), organismo de ámbito estatal que integra a 24 asociaciones independientes de familias adoptantes del territorio nacional, promovieron el estudio “Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004” publicado en septiembre de ese año⁶. Este estudio concluyó que *la disposición de unos protocolos médicos comunes para la evaluación inicial y el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional, evitaría diferencias asistenciales entre centros, evaluaría y detectaría de forma adecuada las alteraciones presentes o futuras que pudieran afectarles, y daría mayor seguridad a las familias.*

Con los mismos objetivos, la Associació Illes Balears d'Adopcions (AIBA) publicó en enero de 2005 el “Estudi Socio-Sanitari sobre L'Adopció Internacional D'Infants a les Illes Balears”⁷. Entre sus conclusiones *se considera que sería importante una sistematización de los exámenes médicos que deben realizarse tanto a la llegada del niño procedente de adopción internacional como en las visitas de seguimiento posteriores con la finalidad de poder detectar problemas médicos que puedan pasar desapercibidos, así como valorar las posibles repercusiones posteriores en el desarrollo del niño tanto en el ámbito físico como psicológico.*

⁵ Informe de la Comisión Especial sobre la adopción internacional (650/000006). Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, VII Legislatura, Serie 1: Boletín General, 9 de diciembre de 2003, n.º 775; p. 1-170. Disponible en www.senado.es/legis7/public/bocg.html

⁶ Comisión de Salud de Atlas y CORA. Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004. Disponible en www.coraenlared.org

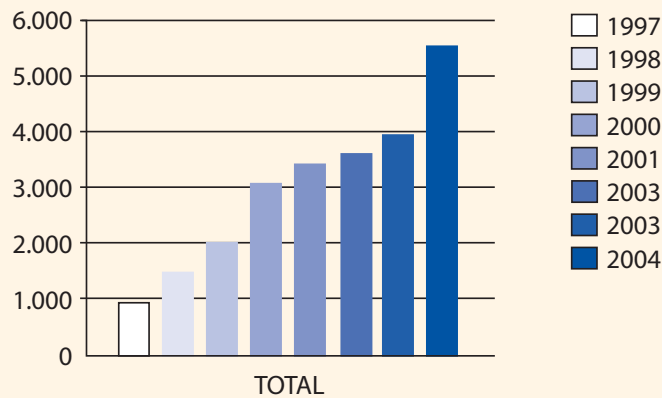
⁷ Associació Illes Balears d'Adopcions, AIBA. Estudi Socio-Sanitari sobre L'Adopció Internacional D'Infants a les Illes Balears, 2005. Disponible en www.telefonica.net/web2/aiba

Tabla 1. Adopciones internacionales en España, 1997-2004.

Continente	País	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
América Latina		631	960	895	905	721	593	679	585	5.969
	Colombia	250	393	361	414	319	271	285	256	2.549
	Perú	81	151	126	99	71	42	50	50	670
	México	72	90	107	79	92	58	50	17	565
	Bolivia	18	31	59	66	18	76	126	92	486
	Guatemala	47	75	70	90	46	28	8	3	367
	Otros	163	220	172	157	175	118	160	167	1.332
Asia		214	295	443	686	1.107	1.586	1.196	2.577	8.104
	China	105	196	261	475	941	1.427	1.043	2.389	6.837
	India	109	97	163	190	129	109	100	117	1.014
	Nepal	0	0	18	16	28	35	38	68	203
	Otros	0	2	1	5	9	15	15	3	50
Europa del este		97	216	645	1.439	1.569	1.395	1.913	2.111	9.385
	Rusia	70	91	141	496	652	809	1.157	1.618	5.034
	Ucrania	0	0	116	218	356	358	462	349	1.859
	Rumania	0	84	280	583	373	38	85	48	1.491
	Bulgaria	11	27	92	123	172	181	202	57	865
	Otros	16	14	16	19	16	9	7	39	136
África		0	16	23	32	31	51	163	268	584
	Etiopía	0	0	0	0	0	12	107	220	339
	Marruecos	0	3	12	8	5	7	20	21	76
	Otros	0	13	11	24	26	32	36	27	169
Total		942	1.487	2.006	3.062	3.428	3.625	3.951	5.541	24.042
Incremento anual (%)			57,9	34,9	52,6	12,0	5,7	9,0	40,2	
Procedencias mas frecuentes		Colombia	Colombia	Colombia	Rumania	China	China	China	China	China
		India	China	Rumania	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia
		China	Perú	China	China	Rumania	Ucrania	Ucrania	Ucrania	Colombia
		Perú	India	India	Colombia	Ucrania	Colombia	Colombia	Colombia	Ucrania
		Rusia	Rusia	Rusia	Ucrania	Colombia	Bulgaria	Bulgaria	Etiopía	Rumania

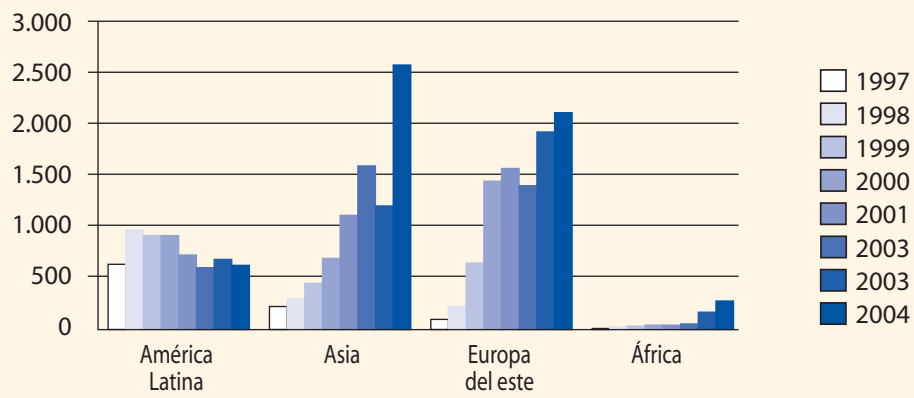
Adaptado de MTAS, 2005 [www.mtas.es].

Figura 1. Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Evolución del número de adopciones por año.



Adaptado de MTAS, 2005 [www.mtas.es].

Figura 2. Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes (número de adopciones por año).



Adaptado de MTAS, 2005 [www.mtas.es].



OBJETIVOS

Atendiendo a las recomendaciones efectuadas por la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España y por las Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento, y conociendo las necesidades informativas y formativas de los pediatras y otros profesionales sanitarios que atienden a las familias adoptivas y a los niños adoptados en el extranjero, los objetivos de esta Guía son:

- 1.** Establecer, a través de la consulta médica pre-adoptiva, un procedimiento de información y asesoramiento dirigido a las familias involucradas en una adopción internacional sobre los aspectos sanitarios que la rodean durante la fase previa a su consecución.
- 2.** Hacer recomendaciones para la evaluación inicial y el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional, en el ámbito de la atención sanitaria del estado español.

SCORA

1. LA CONSULTA MÉDICA PRE-ADOPTIVA

Esta consulta debería realizarse tan pronto como los padres adoptantes reciban la asignación del niño, aunque algunos aspectos de la misma podrían abordarse una vez que han recibido su certificado de idoneidad y han elegido el país de origen de su hijo/a.

Son pocas las familias que realizan una correcta y completa consulta médica pre-adoptiva. La mayoría, por desconocimiento y, las menos, por no considerarla de interés. Es más, las que lo hacen, preguntan sobre aspectos concretos de los informes médicos que reciben del menor y no sobre la globalidad del marco sanitario que rodea a una adopción internacional.

En esta consulta los futuros padres pueden ser asesorados sobre:

- Los factores de riesgo a los que puede estar y/o haber estado expuesto el niño.
- Los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos niños y los específicos según el país de origen.
- Los datos de interés médico y sociosanitario que se deben obtener del menor asignado y la forma de obtenerlos.
- Aspectos epidemiológicos, medidas preventivas, conocimientos y normas básicas para viajes internacionales.
- Si disponen del informe médico del menor asignado, pueden ser informados sobre su estado de salud y asesorados sobre los posibles riesgos, aunque en ningún caso se podrá confirmar o descartar la existencia de patologías.
- Cuándo se debe realizar la primera evaluación médica tras su regreso, en qué consistirá, y la necesidad de realizar un seguimiento continuado en el tiempo.

1.1. LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOSANITARIO Y LOS PROBLEMAS DE SALUD. GENERALIDADES

Todos los niños procedentes de adopción internacional presentan el antecedente de haber estado expuestos a una serie de factores de riesgo sociosanitario, entre los que podemos distinguir:

- Factores de riesgo generales propios de sus países de origen (Tabla 2).
- Factores de riesgo previos a su institucionalización (Tabla 3).
- Factores de riesgo acaecidos durante la institucionalización (Tabla 4).

Es necesario que la familia pre-adoptiva conozca que su futuro hijo puede haber estado expuesto a uno o varios de estos factores de riesgo y explicarle que muchos de los problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo, psicopatológicos y de adaptación social que potencialmente puede presentar, van a estar originados o ser la consecuencia de la exposición a dichos factores.

Respecto a los problemas de salud que se observan en los niños adoptados en el extranjero, generalizando, se pueden clasificar en:

- Problemas de salud muy frecuentes (detectados en más del 25% de los casos) (Tabla 5).
- Problemas de salud frecuentes (entre el 5-25% de los casos) (Tabla 6).
- Problemas de salud poco frecuentes (menos del 5% de los casos) (Tabla 7).

El 90% de los problemas son leves y reversibles a corto o medio plazo, un 5% son reversibles a largo plazo, y otro 5% deja secuelas o son irreversibles.

Tabla 2. Factores potenciales de riesgo generales a los países de origen

- Pobreza económica
- Precariedad higiénico-sanitaria
- Falta de respeto a los derechos del menor
- Deficiente infraestructura para la asistencia sanitaria
- Problemas de salud por exposición ambiental a:
 - Contaminación atmosférica
 - Radiaciones ionizantes
 - Pesticidas
 - Niveles elevados de plomo, etc.
- Problemas de salud prevalentes en la sociedad
 - Alcoholismo
 - Drogadicción
- Enfermedades infecciosas endémicas
 - Tuberculosis
 - Paludismo
 - Hepatitis B
 - Chagas, etc.
- Problemas de salud de base genética:
 - Talasemias
 - Drepanocitosis, etc.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Tabla 3. Factores potenciales de riesgo previos a la institucionalización

- Factores prenatales
 - Inexistencia de cuidados y control de la madre y/o del embarazo
 - Infecciones de transmisión vertical
 - Consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras sustancias
 - Rechazo emocional durante la gestación
- Nacer prematuro, con bajo peso y/o sin atención médica
- Abandono desde temprana edad (falta de figuras parentales)
- Deprivación o negligencia continuada (maltrato pasivo, deliberado o no)
- Abuso físico, sexual y/o emocional (maltrato activo)
- Explotación laboral
- Ausencia de hogar ("niños de la calle")
- Cuidado médico ausente o inadecuado, preventivo y/o terapéutico
- Enfermedades genéticas

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Tabla 4. Factores potenciales de riesgo durante la institucionalización

- Vivir en un entorno inapropiado:
 - Ambientes y espacios inadecuados
 - Malas condiciones higiénicas
 - Razón cuidador/niño muy bajas
 - Múltiples cuidadores (falta de vinculación)
 - Exposición a enfermedades transmisibles
- Recibir unos cuidados inadecuados:
 - Deprivación nutricional (cuantitativa y/o cualitativa)
 - Deprivación afectiva y psicosocial
 - Negligencias y/o abusos
 - Atención médica preventiva y curativa ausente, limitada o no especializada

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Tabla 5. Problemas de salud muy frecuentes (> 25%)

- Retraso el desarrollo neuromadurativo (global o de áreas específicas)
- Crecimiento físico (talla/edad entre -1 y -2 DE)
- Estado nutricional (peso/edad, peso/talla, IMC entre -1 y -2 DE)
- Déficit aislado de hierro y/o ferritina
- Anemia ferropénica
- Problemas dermatológicos
 - Dermatitis inespecíficas / atópica
 - Dermatitis infecciosas, parasitarias o micóticas
- Problemas de la conducta alimentaria y del sueño
- Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon títulos de anticuerpos protectores
- Enfermedades infecciosas:
 - Parasitosis intestinal
 - Infecciones del aparato respiratorio y ORL

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Tabla 6. Problemas de salud frecuentes (5-25%)

- Retrasos y trastornos moderados/graves:
 - Desarrollo neuromadurativo (global o de áreas específicas)
 - Crecimiento físico (talla/edad entre -2 y -3 DE)
 - Estado nutricional (peso/edad, peso/talla, IMC entre -2 y -3 DE)
- Microcefalia (perímetro cefálico menor de -2 DE)
- Trastornos de conducta:
 - Hiperactividad
 - Déficit de atención
 - Oposición desafiante
 - Comportamientos disruptivos, etc.
- Problemas específicos del desarrollo madurativo:
 - Adaptación social
 - Control esfinteriano
 - Aprendizaje escolar, etc.
 - Lenguaje, etc.
- Problemas dentales
 - Caries
 - Retraso de la erupción
 - Alteraciones del esmalte
 - Malposición dental, etc.
- Deterioro o disminución de la agudeza visual/auditiva
- Enfermedades oftalmológicas y ORL
- Hiperreactividad bronquial inespecífica
- Intolerancias alimentarias
- Antecedente de:
 - Prematuridad
 - Bajo peso al nacer
 - Retraso de crecimiento intrauterino
 - Ausencia de cuidados y controles prenatales
- Enfermedades infecciosas:
 - Infección tuberculosa latente
 - Infección por el virus de la hepatitis B (aguda, crónica o resuelta)
 - Infecciones intestinales bacterianas
- Anomalías congénitas prenatales (mayores y menores)
- Trastornos ortopédicos relevantes
- Alteraciones hematológicas/bioquímicas
 - Eosinofilia
 - Hemoglobinopatías
 - Hipertransaminasemia
- Alteraciones en el sedimento/bioquímica de orina
 - Piuria
 - Microhematuria
 - Proteinuria
- Inexactitud de la edad cronológica
- Trastornos endocrinológicos:
 - Disfunción tiroidea (generalmente hipotiroidismo subclínico)
 - Variantes del desarrollo puberal (retraso puberal, pubertad temprana)

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Tabla 7. Problemas de salud infrecuentes (< 5%)

- Trastornos del crecimiento y nutrición graves:
 - Talla/edad menor de -3 DE
 - Raquitismo
 - Déficits de vitaminas
 - Marasmo/kwashiorkor
- Trastornos psicopatológicos graves:
 - Síndrome del niño post-institucionalizado
 - Trastornos del espectro autista
 - Síndrome de estrés postraumático
 - Depresión mayor
- Trastornos del desarrollo neuromadurativo graves:
 - Origen prenatal: exposición prenatal al alcohol/síndrome alcohólico fetal, hipoxia crónica, infección intrauterina, exposición a drogas/fármacos
 - Origen perinatal: anoxia, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia
- Enfermedades infecciosas adquiridas/congénitas:
 - Infección urinaria
 - Tuberculosis activa
 - Sífilis
 - Paludismo
 - Enfermedad de Chagas
 - Otras enfermedades parasitarias (larva migrans visceral, histoplasmosis, neurocisticercosis, tripanosomiasis, Esquistosomiasis, etc.)
 - Poliomielitis, tosferina, sarampión
 - Infección aguda por el virus de la hepatitis A
 - Anticuerpos o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana
 - Anticuerpos o infección por virus hepatitis C
 - Toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes.
- Trastornos endocrinológicos:
 - Pubertad precoz
 - Hipotiroidismo congénito
- Trastornos neurológicos:
 - Epilepsia
 - Neurofibromatosis
- Enfermedades post-exposición:
 - Plomo (intoxicación crónica)
 - Pesticidas
 - Radiación nuclear

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

1.2. FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD ESPECÍFICOS POR ÁREA GEOGRÁFICA O PAÍS DE PROCEDENCIA

China, Federación Rusa, Ucrania, Colombia, Etiopía e India constituyen los lugares de procedencia del 89,3% de los niños de adopción internacional en 2004 en España. Las particularidades políticas, sociales y sanitarias de cada uno de estos países conforman un escenario en el que se pueden identificar factores de riesgo para la salud de los niños que pueden optar a la adopción internacional. En la Tabla 8 se muestran algunos indicadores socio/sanitarios de estos países. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en muchos casos, los niños que optan a la adopción proceden de los grupos sociales más desfavorecidos y marginales de estos países, por lo que los indicadores mostrados pueden subestimar los riesgos a los que están sometidos.

Tabla 8
Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.
Datos de 2003 según la OMS^a

		España	China	Rusia	Colombia	Ucrania	Etiopía	India
Población (x1.000)		41.060	1.311.709	143.246	44.222	48.523	70.678	1.065.462
Crecimiento anual (%)		0,3	0,9	-0,4	1,8	-0,7	2,7	1,7
Índice de dependencia (%) ^a		45	43	41	58	45	94	61
Población mayor de 60 años (%)		21,8	10,5	18	7,2	20,8	4,6	7,8
Tasa de fertilidad		1,2	1,8	1,1	2,6	1,2	6,1	3
Espectativa de vida al nacer (años)	Mujer	83	73	72	77	73	51	63
	Varón	79	70	58	68	62	49	30
TMI (x1.000 RN vivos)	Mujer	4	43	14	18	18	160	90
	Varón	5	32	18	25	23	177	85
TMI por rangos de edad (x1.000 RN vivos) ^b	0-27 días	3	-	-	15	-	49	43
	0-11 meses	4	-	-	21	-	97	68
	12-59 meses	1	-	-	4	-	77	29
	0-4 años	5	-	-	25	-	166	95
TM 15 a 60 años de edad	Mujer	46	103	182	97	142	386	213
	Varón	116	164	480	231	384	450	283
Gastos en salud en la familia (% total gastos domésticos) ^c		7,6	5,8	6,2	8,1	4,7	5,7	6,1
Gastos en salud del gobierno (% total gastos totales en salud) ^c		71,3	33,7	55,8	82,9	71,1	44,9	21,3
Gastos en salud del gobierno (% total gastos del gobierno) ^c		13,6	10	9,5	20,4	9,4	7,6	4,4
Renta per cápita en salud (\$ US) ^c		1.640	261	535	536	210	21	96
RN con BCG (%)		-	93	97	96	98	76	81
3 dosis de DTP al año de edad (%)		98	90	98	91	97	56	70
1 dosis de vacuna sarampión a los 2 años (%)		97	84	96	92	99	52	67
3 dosis de vacuna HB al año de edad (%)		83	70	94	93	77	-	-
3 dosis de vacuna Hib al año de edad (%)		98	-	-	93	-	-	-
RN de madres con vacuna tétanos en la gestación (%)		-	-	-	-	-	24	78
Enfermedades incluidas en vacunaciones sistemáticas hasta los 2 años		10	9	9	11	9	6	7
Segunda dosis de vacuna sarampión en algún momento	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Vitamina A (asociada a vacunas)	No	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí
Casos de poliomielitis salvaje ^d	0	0	0	0	0	0	0	130
Uso de vacunas con control de calidad estándar	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí
Vacunas sistemáticas con financiación pública (%)	100	-	-	100	96	-	100	100
Uso métodos contraceptivos (% de mujeres) ^e	67	83	-	64	38	6	43	43
Partos atendidos por personal entrenado (%) ^e	-	97	99	86	99	6	43	43
Partos en centros sanitarios (%) ^e	-	-	98	87	99	5	34	34
Cesáreas (% del total de partos) ^e	-	-	12	25	9	1	7	7
Número de nacimientos anuales (x1.000) ^f	384	19.428	1.246	980	418	2.865	25.780	25.780
Mortalidad materna (x100.000 RN vivos) ^f	5	56	65	130	38	850	540	540
Prematuridad (x1.000 RN vivos) ^f	4	19	18	11	28	20	39	39

^a Individuos dependientes económicamente.
^b Referido a 2001.
^c Referido a 2002.
^d Referido a 2004.
^e Referido a periodos de tiempo entre 1995 y 2000.
^f Referido a 2000.

TMI: Tasa de mortalidad infantil. TM: Tasa de mortalidad. US: Estados Unidos de América. RN: Recién nacido. BCG: Vacuna tuberculosis. DTP: Vacuna difteria, tétanos y tosferina. HB: Hepatitis B. Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b.

^a WHO. The world health report 2005 – make every mother and child count [En línea][Fecha de consulta 8 de junio de 2005]. Disponible en www.who.int/whr/2005/en/

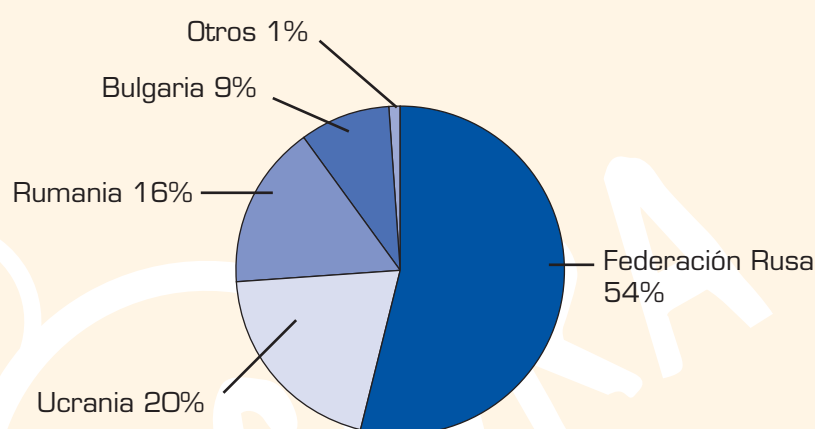
1.2.A. Federación Rusa y Europa del este

Contexto

La Federación Rusa y los países de Europa del este son la segunda área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en estos países durante el período 1997-2004 ha sido de 9.385, lo que supone el 39% del total de los niños procedentes de adopción internacional.

La Federación Rusa, con 5.034 niños, es el principal país de procedencia, seguido de Ucrania (1.859), Rumania (1.491) y Bulgaria (865). Los restantes niños se han adoptado en Hungría (85), Kazajstán (26), Polonia (19), Letonia (3), Bielorrusia (3), Bosnia (1) y Moldavia (1). En la Figura 3 se muestra la distribución porcentual.

Figura 3. Distribución porcentual de los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (1997-2004).



Fuente: Adaptado de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005)

En estos países hay un gran número de niños institucionalizados debido a las bruscas transformaciones políticas, económicas (liberalización y privatización) y sociales que han sufrido durante la década de los años noventa.

El hecho de que más de la mitad de los niños institucionalizados en estos países sean adoptados por familias extranjeras es debido a que no existe todavía una cultura de la adopción, el número de niños adoptables supera al de las familias adoptantes y muchos niños son rechazados para la adopción nacional por sus antecedentes sociofamiliares, perinatales y/o por las características de su estado de salud.

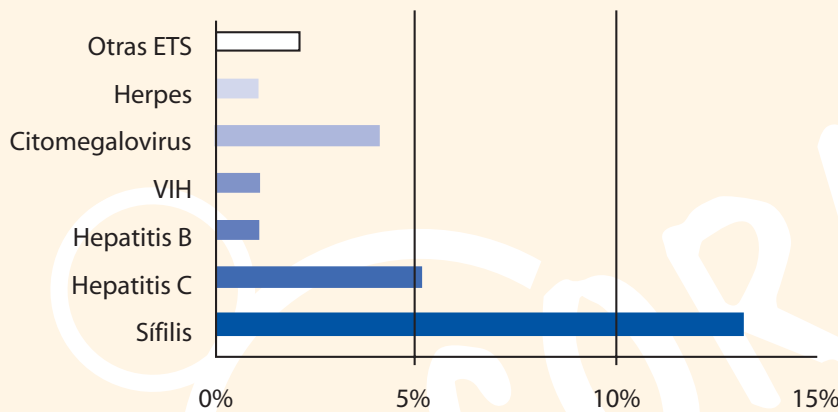
Problemas de salud

Las consecuencias en la población infantil de este deteriorado marco económico, sanitario, familiar y social, además de otros factores que pudieran existir previos a la institucionalización o durante la misma, da lugar a que los niños adoptables de la Federación Rusa y países del este de Europa tengan un riesgo elevado de presentar problemas de salud física y/o mental.

Sobre la base del análisis retrospectivo de 430 estudios pre-adoptivos de niños adoptables y de 132 niños adoptados por familias españolas [Aragón 44%, Cataluña 18%, País Vasco 9%, Madrid 8%, Andalucía 7%, resto de comunidades autónomas 14%] evaluados en el Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza durante el periodo 2000-2004, y de la revisión de la literatura internacional de los últimos 10 años, destaca:

- El porcentaje de niños adoptables con exposición prenatal a agentes infecciosos (Figura 4).
- El porcentaje de niños adoptables con exposición prenatal a factores tóxicos del desarrollo embrio-fetal (Figura 5).
- El porcentaje de los principales problemas de salud observados en niños adoptados (Tabla 9).

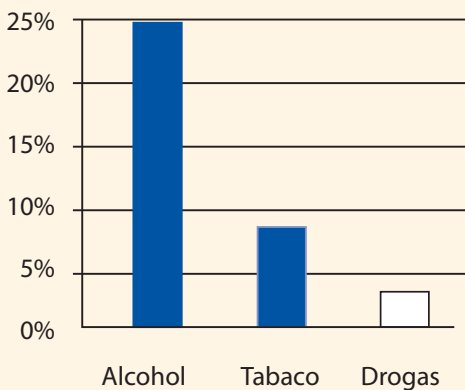
Figura 4. Exposición prenatal a agentes infecciosos en niños adoptables de la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (2000-2004)



ETS: enfermedades de transmisión sexual. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Exposición prenatal a sífilis según literatura internacional: 15-33%

Fuente: G. Oliván Gonzalvo. Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza.

Figura 5. Exposición prenatal a factores tóxicos del desarrollo embrio-fetal en niños adoptables de la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (2000-2004)



Exposición prenatal al alcohol según literatura internacional: 3 - 41%

Fuente: G. Oliván Gonzalvo. Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza.

Tabla 9. Principales problemas de salud en niños adoptados en la Federación Rusa y Europa del este

Problema de salud	Literatura internacional ^a (%)	Centro de Pediatría y Adopción de Zaragoza ^b (%)
Neurodesarrollo, conducta y adaptación		
• Retraso del desarrollo neuromadurativo, de leve a moderado	41-82	69
• Retraso del desarrollo neuromadurativo grave	2-16	5
• Problemas y trastornos de conducta y adaptación social	34-47	32
• Síndrome alcohólico fetal	1-2	3
Crecimiento y nutrición		
• Retraso de crecimiento, de leve a grave	43-68	67
• Malnutrición, de leve a grave (incluye anemia ferropénica)	9-25	24
• Raquitismo	1	6
• Secuelas de raquitismo	11	18
Sensorial		
• Deterioro o disminución de la agudeza visual	8-26	13
• Deterioro o disminución de la agudeza auditiva	3-4	4
Inmunizaciones		
• Ausencia de certificado oficial de inmunizaciones	43-65	50
• Ausencia de anticuerpos protectores frente a alguna de las inmunizaciones administradas	3-50	42
Infecciones		
• Infecciones agudas del aparato respiratorio inferior	-	15
• Parasitosis intestinal	17-67	12
• Infección tuberculosa latente	5-30	5
• Infección por el virus de la hepatitis B	2-10	0
• Infección por el virus de la hepatitis C	1-2	0
• Sífilis congénita	1	0
Anomalías congénitas		
• Mayores	5	6
• Menores	5	4
Otros		
• Elevación leve de los niveles séricos de plomo	1-7	0
• Trastornos dermatológicos	-	27
• Trastornos ortopédicos leves	-	11
• Trastornos odontológicos	-	8
• Hipotiroidismo subclínico	-	4

^a Porcentaje o límites porcentuales, sobre la base de la bibliografía consultada.

^b Niños procedentes de la Federación Rusa (94%), Ucrania (4%) y Rumania (2%). [Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza]. Se han redondeado los decimales.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo. Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza.

Informes médicos pre-adoptivos

A pesar de la incidencia y la trascendencia de algunos de los problemas de salud anteriormente descritos, el mayor dilema de las familias respecto de adoptar en la Federación Rusa y otros países del este de Europa no es que los niños lleguen con más o menos problemas de salud física, del neurodesarrollo, de conducta y adaptación social que los procedentes de otras áreas geográficas. El problema radica en que los informes médicos pre-adoptivos que se emiten en estos países, en general, ofrecen una información escasa, confusa y, en muchas ocasiones, alarmante respecto al neurodesarrollo del niño a adoptar, lo que provoca una gran incertidumbre y un estado de ansiedad en las familias que los reciben.

Estos informes médicos se caracterizan principalmente por mencionar numerosos diagnósticos, la mayoría de índole neurológica, utilizando con frecuencia una clasificación o una terminología diferente a las clasificaciones y a los conceptos diagnósticos utilizados en la medicina occidental, y especialmente en el área de neurología, que sugieren la existencia de una patología seria del sistema nervioso central o periférico (parálisis cerebral infantil, hipertensión intracraneal, hidrocefalia, deficiencia mental, trastornos neuromusculares, etc.). Habitualmente, los diagnósticos de índole neurológica se emiten en el periodo neonatal, se mantienen y/o se emiten nuevos diagnósticos hasta que el niño tiene aproximadamente dos años de edad, y se modifican o desaparecen a partir de entonces. Además, estos diagnósticos no se suelen acompañar de una descripción de los signos, síntomas, pruebas complementarias y/o tratamientos que los sustenten o, si se describen, pueden ser discrepantes con los diagnósticos emitidos.

Asimismo, existen discrepancias entre los diagnósticos médicos pre-adoptivos de los niños procedentes de la Federación Rusa y países del este de Europa y los observados en la exploración médica realizada en el país de acogida a su llegada. Albers et al (1997) comprobaron que a pesar de los numerosos diagnósticos pre-adoptivos de patología grave del sistema nervioso

central, la mayoría no tenía problemas neurológicos. Sin embargo, sí que objetivaron que la mayoría de los niños presentaba un retraso del desarrollo psicomotor en una o más áreas y, en un número significativo (12,5%), se realizaron diagnósticos insospechados como hipoplasia del nervio óptico, sordera unilateral grave, diplejia espástica moderada o estrabismo, que precisaban de unas técnicas y equipamiento no disponible por los médicos que elaboraron el informe.

También es muy frecuente la falta de datos sobre los antecedentes sociosanitarios familiares, la salud de la madre durante el embarazo y el control del mismo, y del período perinatal (edad gestacional, parto, test de Apgar, antropometría neonatal, cribado endocrino-metabólico, etc.). En un reciente estudio (Oliván Gonzalvo, 2003) elaborado en nuestro país respecto de los informes elaborados en la Federación Rusa se objetivó que cuando el test de Apgar, la edad gestacional y los parámetros antropométricos neonatales se relataban como normales, el número de diagnósticos neurológicos por recién nacido era similar a cuando dichos datos perinatales no figuraban en el informe médico pre-adoptivo. Este hecho sugiere la posibilidad de que los certificados médicos rusos omitan con frecuencia y de forma intencionada aquellos datos que son o que consideran ser normales, limitándose a relatar en su informe sólo los datos que son o que consideran ser anormales o patológicos. Asimismo, es habitual emitir el diagnóstico de retraso del desarrollo físico y psicomotor sin aportar datos evolutivos longitudinales antropométricos y de su desarrollo neuromadurativo o, por lo menos, datos puntuales. A todas estas deficiencias, hay que añadir errores de fechas, errores en la conversión de unidades de medida, discrepancias con la información aportada de forma oral y traducciones incompletas o incorrectas, por informe manuscrito, fotocopiado ilegible y/o por incompetencia o negligencia del traductor. Además, aunque de forma excepcional, se han detectado casos de diagnósticos adulterados y de ocultamiento de datos y/o diagnósticos.

Sobre la base de la experiencia de diferentes investigadores, en el caso de los niños procedentes de la Federación Rusa y Europa del este, se considera que la simple evaluación e interpretación del informe médico pre-adoptivo elaborado en el país de origen no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor. Por el momento, siempre y cuando la familia adoptante así lo decida, la única forma de aproximarse al conocimiento real de la salud del menor a adoptar, y con ello minimizar el riesgo, es realizar una consulta médica especializada pre-adoptiva en la que se les informe sobre los datos de interés médico y sociosanitario que deben obtener del menor asignado, la forma de obtenerlos, y las condiciones que debe cumplir el material audiovisual que deben realizar durante su visita al orfanato, para poder valorar con mayor garantía su desarrollo físico, neurosensorial y madurativo.

Recomendaciones médicas post-adopción

Los niños procedentes de la Federación Rusa y países de Europa del este deben ser evaluados médicamente y realizar un seguimiento de la misma forma que el resto de los niños adoptados en el extranjero (ver apartados 2.1 y 2.2).

De cualquier forma, se debe prestar especial atención a:

- La anamnesis de los antecedentes del menor a través de la información médica y sociosanitaria que pueda aportar la familia de forma oral.
- El análisis de criterios diagnósticos de síndrome alcohólico fetal.
- La evaluación del certificado oficial de inmunizaciones. Con el fin de poder tomar decisiones adecuadas respecto a la futura administración de inmunizaciones, en la Tabla 10 se describen los calendarios vacunales de los cuatro principales países de procedencia de los niños adoptados por familias españolas (nota: la administración de ciertas vacunas excluye la administración de otras).

Tabla 10. Calendario vacunal (hasta los 7 años de edad) de los principales países de Europa del este donde adoptan las familias españolas

Vacuna	Federación Rusa	Ucrania	Rumania	Bulgaria
BCG	3-7 días	3 días; 7 años	4-7 días	nacimiento; 7 meses; 7 años
HB	nacimiento; 1, 6 meses	1 día; 1, 6 meses	nacimiento	nacimiento; 1, 6 meses
DTPe	3, 4/5, 6, 18 meses		4, 12, 30-35 meses	2, 3, 4 meses; 2 años
DTPe + HB			2, 6 meses	
DTPa		3, 4, 5, 18 meses		
DTPa + HB		3, 4, 5 meses		
VPO	3, 4/5, 6, 18, 20 meses	4, 5, 18 meses; 3, 4 años	2, 4, 6, 12 meses	2, 3, 4, 14, 22 meses
VPI		3 meses	2, 4, 6, 12 meses	
TV	12 meses; 6 años	12-15 meses; 6 años	13 meses	
Sarampión			12-15 meses; 7 años	
MenC	1 año			
DT	7 años	7 años	7 años	7 años

Fuente: WHO. Vaccines and Biologicals Global 2004 Summary Country Profile (Calendario 2003 o último disponible)

Pronóstico evolutivo

Respecto a los problemas de salud física y los retrasos del desarrollo físico, psicomotor y neuromadurativo que con mayor frecuencia se detectan en los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del este tras su evaluación médica inicial, en la mayoría de los casos se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva. En cuanto a los problemas de salud mental, la mayoría de estos niños manifiestan trastornos afectivo-emocionales, del comportamiento y de adaptación social que desaparecen espontáneamente en las primeras semanas o meses de convivencia en el nuevo hogar. En algunos niños con retrasos del desarrollo moderados o graves y/o con problemas de conducta graves, su recuperación puede tardar dos o más años.

1.2.B. China y sudeste de Asia

Contexto

La Republica Popular de China y los países de sudeste de Asia son la segunda área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en la zona durante el período 1997-2004 ha sido de 6.882, lo que supone el 28,6% del total de los niños procedentes de adopción internacional. China, con 6.837 niños adoptados (28,4%), supone el primer país de procedencia.

Problemas de salud

La información médica que procede de China es mínima, suele limitarse a la detección de ciertas enfermedades transmisibles y defectos físicos o mentales graves, y a veces puede estar adulterada.

En China existen enfermedades muy similares a las de nuestro país junto con algunas pocas más específicas de su territorio. Por otra parte las niñas y niños ingresados en sus orfanatos pueden tener algunos factores de riesgo asociados a los motivos de adopción. La valoración de todos esos factores son el objetivo por el que se somete a los pequeños a un exhaustivo chequeo médico en España, aunque su orientación debe empezar incluso antes.

Hay que tener presente que, en China, las niñas son abandonadas por razones económicas y a causa de la "política de un solo hijo" que grava económicamente las familias múltiples. Casi todos los niños abandonados son de sexo femenino, y habitualmente son encontradas en hospitales o a las puertas de los propios orfanatos u otros edificios públicos para asegurar que reciban cuidados inmediatos.

La política de hijos únicos ha provocado un envejecimiento de la población y eso ha empujado a las autoridades sanitarias a concentrarse en enfermedades crónicas a costa de perjudicar los servicios de prevención de infecciones. Además en China se cobra a los padres o tutores legales la vacunación de los niños siendo el único país del mundo en hacerlo y eso puede provocar una disminución de la cobertura vacunal. Por otra parte existe una gran diferencia entre la sanidad de áreas urbanas (al menos suficiente) y la escasa estructura de las áreas rurales.

Los diagnósticos más frecuentes son los relacionados con déficits nutricionales (malnutrición, talla baja, anemia/ferropenia...) y parasitosis intestinales (Tabla 11).

Tabla 11: Enfermedades/patologías encontradas en niños chinos adoptados

Malnutrición	59%
Parasitaciones intestinales	35-50%
Anemia/ferropenia	30%
Sarna	25%
Raquitismo	20-30%
Dermatitis	25%
Retraso psicomotor	20%
Retraso de edad ósea	12%
Intoxicación por plomo	10-20%
Talasemia	5-10%
Infección tuberculosa latente	9%
Cardiopatías congénitas	3%
Anomalías craneofaciales	3%
Marcadores de hepatitis B +	3%
Hepatitis B activa	1%
Anomalías renales	<1%
Hepatitis C	<1%
Sífilis congénita	<1%
Malaria	<1%
Intolerancia congénita a lactosa	<1%

Fuente: L. Lirio Casero. Hospital Niño Jesús de Madrid.

Informes médicos pre-adoptivos

Los informes actuales suelen ser bastante estructurados, incluyen una fotografía de la niña (casi anecdóticamente puede tratarse de un niño), un relato detallado de cómo fue encontrada, el patrón de comida y sueño, un *perfil de personalidad* y algunos rasgos de su desarrollo psicomotor bastante genéricos, y son actualizados cada 6 meses. Resulta curioso observar que los pocos datos de desarrollo psicomotor y las pautas de introducción de alimentos se repiten en distintas niñas procedentes de un mismo orfanato.

La información médica se limita a un conjunto de estudios de laboratorio (cuyo original generalmente se acompaña): Hemograma, test de hepatitis B, HIV y sífilis (TRUST). Los grafismos chinos para "positivo" o "negativo" son fácilmente identificables y trasladables al castellano por personal experimentado. Suele existir una versión del informe en inglés. Otra cuestión es la veracidad de los datos médicos y la fiabilidad de los laboratorios locales que realizan las pruebas. Además, un test ELISA para HIV puede no resultar diagnóstico en un niño menor de 18 meses ya que un 75% no están infectados y las pruebas solo detectan los anticuerpos maternos.

A menudo constan datos antropométricos (peso, talla y perímetro cefálico) en el momento del examen inicial que se realiza a los pocos meses de ser institucionalizado. Las fotos suelen ser relativamente recientes y muestran a la niña sentada en una silla o situada en un taca-tá. Resulta muy difícil encontrar alguna referencia a enfermedades previas, tratamientos recibidos o estudios médicos realizados durante la permanencia en el orfanato. Los pocos varones que llegan suelen tener algún problema de salud, no necesariamente grave.

La pauta vacunal habitual es la siguiente (Tabla 12).

Tabla 12. Pauta vacunal habitual en China.

BCG	Inmediatamente tras la institucionalización.
Difteria-Tétanos-Tosferina	4 dosis entre los 3 y 18 meses.
Polio	Al menos 4 dosis entre los 2 meses y 2 años.
Hepatitis B	3 dosis en los primeros 6 meses.
Sarampión	A los 8-9 meses.
Encefalitis epidémica (Encefalitis Japonesa)	La pauta habitual es de 3 dosis a los 1-2-6 años, pero como la mayor parte de los niños son menores de 2 años, sólo tienen puesta la primera dosis.

Fuente: J. Lirio Casado. Hospital Niño Jesús de Madrid.

El calendario vacunal puede venir reflejado en una pequeña cartilla o en un folio. Es frecuente observar que las anotaciones han sido realizadas por una misma persona, repitiendo el mismo número de día del mes (p. ej. el 2 de cada mes) y con la misma tonalidad de tinta, lo que unido a los problemas derivados de la conservación de la cadena de frío hacen considerarlos datos poco fiables.

En los orfanatos, la calidad de vida de los niños clásicamente se define como muy elemental, a veces en un régimen de vida de pura subsistencia, aunque progresivamente las condiciones van mejorando. En los últimos tiempos comprobamos que algunas de estas niñas empiezan a ser acogidas por familias (muchas veces de los propios funcionarios del orfanato) a las que el gobierno ofrece ayudas económicas para hacer frente a los gastos de manutención de los menores hasta finalizar el proceso adoptivo. Globalmente no se observan grandes diferencias en cuanto al nivel de cuidados recibidos entre el grupo institucionalizado y el grupo sometido a acogimiento.

Camboya y Vietnam

Los informes médicos de estos países son bastante limitados. En Phnom Penh (Camboya) y en algunas zonas de Vietnam como Hanoi y la ciudad de Ho Chi Minh hacen un examen médico oficial confeccionado al estilo occidental por un médico local. Se suelen remitir fotografías por correo electrónico. Muchas agencias pueden conseguir una valoración médica externa en determinadas clínicas como los Centros Médicos Familiares dirigidos por un prestigioso médico local. Los estudios analíticos incluyen hepatitis B, HIV y sífilis; muchos de los test son realizados por el Instituto Pasteur, de prestigio y fiabilidad: Si el laboratorio fuese otro habrá que tener en cuenta las limitaciones de la prueba.

1.2.C. Latinoamérica

Contexto

América del Centro y Sudamérica es un enorme continente con grandes desigualdades entre los países e incluso dentro de éstos: los indicadores sanitarios en Uruguay, Chile o Argentina distan mucho de los de Bolivia, Honduras o Haití.

Los niños adoptados en este continente provienen del istmo centroamericano, área Andina, Cono Sur y Caribe. Como regla general, el estado de salud de los niños adoptados en Latinoamérica no es tan adverso como el de niños de otros lugares aunque siguen padeciendo similares patologías.

La inversión en salud de los gobiernos y de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) es alta con respecto a otros países de renta baja e incluso equiparable a la nuestra en algunos sectores. Los partos atendidos y los embarazos controlados han mejorado en número y el uso de anticonceptivos va extendiéndose. El Programa Ampliado de Inmunización alcanza buenas coberturas (Tabla 13).

Tabla 13. Datos de países centro y suramericanos según la OPS

Países	(%) Población gestante atendida por personal capacitado (año declarado) [*]	[%] Población < 1 año edad vacunada con DTP (año 2004) [**]
Argentina	83.9 (1999)	90
Bolivia	79.0 (2003)	84
Brasil	49.1 (2002)	96
Chile	76.1 (2003)	94
Colombia	90.8 (2000)	89
Costa Rica	82.0 (2002)	90
Cuba	100 (2004)	89
Ecuador	83.0 (2002)	90
El Salvador	45.9 (2004)	90
Guatemala	84.3 (2002)	95
Honduras	85.3 (2001)	89
México	95.8 (2002)	98
Nicaragua	86.2 (2001)	79
Panamá	99.2 (2003)	99
Paraguay	74.2 (2003)	88
Perú	91.2 (2004)	91
R.Dominicana	98.0 (2002)	81
Uruguay	94.0 (2002)	95
Venezuela	25.2 (1997)	85

[*] Pan American Health Organization. Report from Ministry of Health transmitted to Area of Health Analysis and Information Systems (AIS) by PAHO/WHO Country Representative (PWR). 1999-2003, 2004 and 2005.

[**] Pan American Health Organization. Area of Family and Community Health (FCH), Immunizations Unit (IM). Based on Country Information. 2005

Aún así los problemas socio-sanitarios son enormes y los índices de mortalidad infantil son unas 4-5 veces superiores a los nuestros.

En Latinoamérica el concepto de familia es muy importante y el trato con los demás es cálido, personalizado, con empleo de saludos y lenguaje formal. Sin embargo el uso del castigo físico, el abuso de autoridad por parte de padres y cuidadores e incluso el maltrato, están mucho más aceptados que en nuestro entorno.

Problemas de salud

Entre las enfermedades frecuentes encontramos además de las habituales (patologías neonatales, respiratorias, diarreas y parásitos intestinales) una mayor prevalencia de tuberculosis, hepatitis viral y cisticercosis.

Entre las patologías poco frecuentes (pero más que en nuestro país) mencionaremos: cólera, fiebre amarilla –en zonas de selva tropical– y otras infecciones virales hemorrágicas en algunas zonas, meningitis meningocócica, estrongiloidosis, paludismo, enfermedades de transmisión sexual, VIH, leishmaniasis y enfermedad de Chagas.

Las parasitosis intestinales son la patología infecciosa más frecuente en niños adoptados, los parásitos intestinales son frecuentes en toda Latinoamérica. El *Strongyloides* es muy frecuente en casos de diarrea crónica. Otro parásito frecuente es el *Esquistosoma*, endémico en la República Dominicana, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico, Santa Lucía, Brasil, Surinam y Venezuela sobre todo, aunque puede aparecer de forma esporádica en otras zonas. En Sudamérica y el Caribe es endémico el *Esquistosoma mansoni*. El equinococo, productor de enfermedad hidatídica es endémico en Sudamérica; se dan casos sobre todo en Perú, Chile y Uruguay.

Paludismo: es endémico en Haití, zonas de la República Dominicana, América Central, Méjico, zona noroeste de Argentina y toda la zona tropical de Sudamérica.

Enfermedad de Chagas o *Tripanosomiasis* Humana Americana: el *Tripanosoma Cruzi* es endémico en casi todo América Central y del Sur desde Méjico hasta Argentina. Tan sólo Uruguay, Chile y Brasil están bajo efectivo control y sufren una baja endemidad. Se puede transmitir directamente por la picadura de chinches que viven en las grietas y agujeros de las viviendas pobres. Es una enfermedad que puede acabar fatalmente sin haber dado síntomas durante muchos años pero que, tratada en la infancia, tiene unos altos índices de curación.

Así, en nuestro país se recomienda el cribaje para diagnóstico precoz de (anticuerpos circulantes por medio de Elisa, inmunofluorescencia indirecta o hemaglutinación indirecta) todas aquellas personas que provengan de países endémicos y a los niños que hayan nacido en el España pero de madres que procedan de esas zonas y presenten serología a Chagas positiva o desconocida.

Nutrición y desarrollo pondero-estatural

En general la alimentación es de menor calidad nutricional pero no escasa. No hay una alta prevalencia de síndromes malnutritivos clásicos, pero sí signos aislados de déficit nutricional en un alto porcentaje de niños.

Las infecciones de repetición en esta población también contribuyen a esos déficits. De hecho en uno de los pocos estudios españoles con niños adoptados se vió que el índice peso/edad de los niños adoptados en Latinoamérica era más elevado que el del resto de procedencias.

Con frecuencia el calendario de alimentación complementaria es adelantado respecto al nuestro; los zumos de frutas se dan desde los 3 meses y las verduras, cereales con gluten y huevo entre los 3 y 5 meses. En general la alimentación es más permisiva en dulces y lactofarináceos lo cual provoca caries, obesidad y problemas carenciales. En algunos países se da Vitamina A durante el primer año de vida y aportes de hierro desde los 6 meses a los 3 años.

Se ha descrito una mayor prevalencia de obesidad en la juventud respecto a niños adoptados de Asia y Europa, lo cual podría indicar una mayor susceptibilidad genética a la obesidad.

Calendario de vacunaciones en los países Latinoamericanos

La OPS tiene desarrolladas amplias estrategias de vacunación en Latinoamérica. Así, las coberturas vacunales básicas (3 dosis al año de edad de DTP, Hepatitis B y *Haemophilus Influenzae* tipo B y 1 dosis de BCG y sarampión) superan en casi todos los países – como puede verse en la tabla de la OMS- el 90% de cobertura.

Además, entre los adoptados, más del 70% tienen cicatriz de BCG y anticuerpos de superficie de hepatitis B.

Por ello, las inmunizaciones documentadas son consistentemente fiables.

En la mayoría de los países (como Colombia, Perú, Méjico, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Bolivia o El Salvador) se administran oficialmente las inmunizaciones infantiles básicas como BCG, DTP, Hib, triple vírica SRP (pero en algunos países sólo una dosis), Polio y Hepatitis B. El problema es que el calendario puede ser diferente para cada país y para cada zona. En Guatemala no se recibe ni hepatitis B, ni vacuna frente a Hib en el calendario oficial. La meningitis C así como la varicela o la antineumocócica conjugada no son administradas en ninguno de ellos. En varios de ellos se recibe la vacuna de la fiebre amarilla y/o la de la gripe.

Debido a esta variabilidad en calendarios si existen dudas, creemos conveniente referirse a la web de la OMS www.who.int/countries/en/

Número de Adopciones

El número de niños procedentes del conjunto de América Latina adoptados en España asciende a 5.969 desde 1997 hasta 2004 ambos incluidos.

Los países de procedencia en orden de frecuencia son: Colombia (2.549), Perú (670), Mexico (565), Bolivia (486), Guatemala (367), Costa Rica (328), R. Dominicana (286), Brasil (165), Nicaragua (153), Chile (138), El Salvador (137), Honduras (125), Ecuador, Haiti, Venezuela y Panamá.

Hay pocos estudios con niños adoptados latinoamericanos. Uno de ellos, con niños de Guatemala (Miller, 2005) aporta los datos mostrados en la Tabla 14.

Tabla 14. Alteraciones mas significativas en niños adoptados de Guatemala (Miller, 2005)

- Los retrasos significativos de talla, peso y perímetro craneal rondan (17%).
- Las anemias (30%).
- Las infecciones por parásitos intestinales (12%).
- Infección tuberculosa latente (Montoux positivo) (5%).
- Signos centinela de síndrome alcohólico fetal en un 6%
- Casos esporádicos de hepatitis B, y apenas Hepatitis C, Sífilis o VIH.
- Retrasos del desarrollo psicomotor, adaptación social y lenguaje (14%).

Dentro de este grupo de niños había más retraso de peso, talla y perímetro craneal en los que habían estado en orfanatos que en los de casa de acogida.

El estudio realizado en el País Vasco con 94 latinoamericanos de los cuales sólo un 60% tienen analítica, coincide prácticamente en todo con el estudio americano: 14,6% por debajo del P3 peso y talla, ninguna hepatitis, VIH ni infección de orina; sí una sífilis congénita, una enfermedad tuberculosa y un 14% con parásitos o coprocultivo positivo (esta prueba se realizó al 83% de los niños).

La experiencia de la Dra. García López Hortelano, del Hospital Carlos III de Madrid, con una casuística de 43 niños es: parásitos intestinales, 60%; un 27% de malnutrición; un 23% de anemia; un caso de hepatitis B; y un 7% de tuberculosis latente.

Valorando los resultados obtenidos, aunque teniendo en cuenta que los estudios específicos de niños adoptados en Latinoamérica son pocos, se podría deducir –con todas las reservas– que los niños procedentes de Guatemala, Colombia, Ecuador o Perú padecen en general escasas patologías serias así como retraso de desarrollo físico y psicomotor en un bajo porcentaje.

1.2.D. Subcontinente Indio

Contexto

La región denominada Subcontinente Indio comprende a los siguientes países (por orden alfabético): Afghanistan, Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka. Sólo dos de ellos, India y Nepal, tienen relevancia actualmente desde el punto de vista de la adopción internacional; en 2004, el 3,3% (185 de un total de 5.541) de los niños adoptados procedían de India o Nepal (117 y 68 respectivamente) (ver Tabla 1).

Los indicadores sociosanitarios de ambos países son similares, India y Nepal tienen altas tasas de crecimiento anual (1,7% y 2,3% respectivamente) y fertilidad (3 y 4,2 respectivamente). La tasa de mortalidad infantil es de las más elevadas, y la renta per cápita en salud de las más bajas. Junto con Etiopía, forman el grupo de países con condiciones más desfavorables de todos los que nutren la adopción internacional en España. Además, en Nepal sufren las consecuencias de un conflicto armado desde hace muchos años, lo cual constituye un factor de mayor riesgo muy importante. Una diferencia notable entre ellos es la referida a la polio; India es un país endémico (con 130 casos notificados de la enfermedad por virus salvaje en 2004), pero no Nepal (ningún caso desde 2000).

Tabla 15. Perfil de enfermedades de especial prevalencia e impacto

	India	Nepal
Brotos de enfermedades transmisibles registrados según el Communicable Disease Surveillance & Response (CSR) de la OMS*	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad meningocócica por serogrupo A (junio 2005, mayo 2005). - Dengue (serotipos DEN-3, DEN-2) (noviembre 2003). - SARS (mayo 2003) - Peste (Yersinia pestis) (febrero 2002). - Cólera (agosto 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> - SARS (mayo 2003) - Encefalitis (octubre 1997, septiembre 1997) - Encefalitis japonesa (octubre 1996)
Polio	- Polio: país endémico	- Polio: país no endémico (último caso notificado en 2000)
Causas de morbilidad principales	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades gastrointestinales relacionadas con la calidad del agua de uso humano (diarrea, disentería, cólera, fiebre tifoidea) - Infecciones respiratorias agudas 	
Causas de mortalidad principales (registros hospitalarios)	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones respiratorias agudas - Encefalitis (de etiología diversa) - Meningitis bacteriana - Enfermedad bacteriana invasora - Diarrea 	
Otros problemas de salud con gran impacto	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición y déficits nutricionales carenciales - Fallo de medro, déficit cognitivo - Déficit de cuidados maternos y perinatales - Parasitosis intestinales - Tuberculosis - Hepatitis B - Hepatitis C (niños institucionalizados de Nepal) - Infección por VIH - Exposición a contaminantes ambientales, químicos, etc. - Malaria (P. falciparum y vivax con resistencia a cloroquina) (en determinadas zonas) - Drepanocitosis y otras hemoglobinopatías (sobre todo en India) - Déficits sensoriales (visión, audición, por causas diversas) 	

*WHO. Communicable Disease Surveillance & Response (CSR) [En línea][Fecha de consulta 2 de septiembre de 2005]. Disponible en www.who.int/csr/don/archive/country/ind/en/ y www.who.int/csr/don/archive/country/npl/en/

Problemas de salud

Estos dos países comparten en general el perfil de enfermedades singulares de otros de la región del suroeste de Asia. La OMS dispone de información detallada de ambos países, de la cual se muestra un extracto en la Tabla 15.

Según registros oficiales recogidos por la OMS, los indicadores vacunales referidos a 2003 mas reveladores son:

- Al año de edad: 70-78% de los niños han recibido 3 dosis de DTP, 0-15% de HB, 0% de Hib.
- A los 2 años de edad: 67-75% han recibido una dosis de vacuna antisarampión.

Estos datos dibujan un panorama de gran incertidumbre y preocupación por las condiciones y riesgos a los que han estado expuestos los niños procedentes de estos países, en particular Nepal.

1.2.E. África

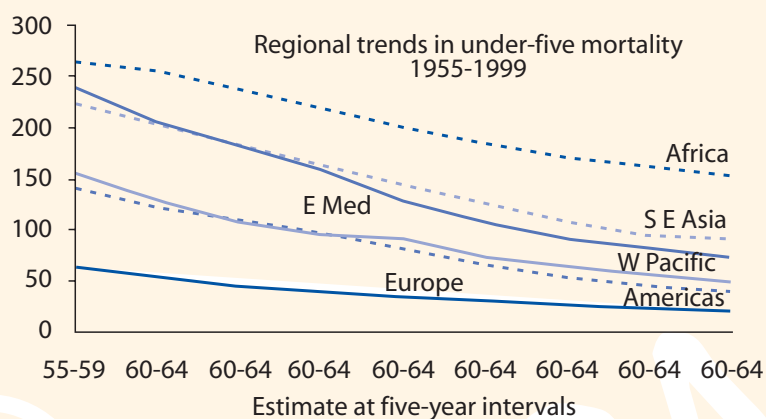
Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el periodo 1997 al 2004 se han adoptado 584 niños procedentes de África. Etiopía es el país de donde más niños provienen, 339; seguido de Madagascar, con 84; Marruecos, con 76; R. D. Congo, con 26; Costa de Marfil y Mozambique, ambos con 13 niños cada uno; Malí, con 10; Camerún con 8; Burkina Faso con 6; Ghana y Mauritania, con 3 cada uno; y Guinea Ecuatorial, Nigeria y Togo, con 1 cada uno.

Contexto

El continente africano, lo podemos dividir en dos grandes áreas geográficas, el Magreb y el África sub-sahariana.

El África sub-sahariana es la zona del mundo que mantiene indicadores de mortalidad infantil (niños menores de 5 años) y neonatal, más altos (Fig. 6).

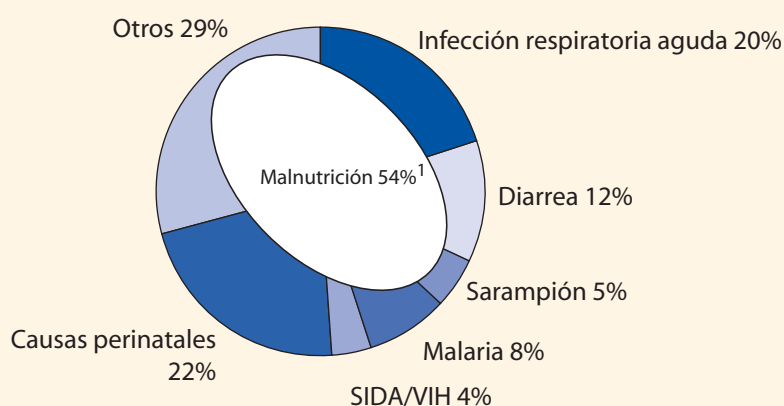
Figura 6. Mortalidad infantil (tasa de mortalidad infantil por debajo de los 5 años [por 1.000 nacimientos])



Fuente: EIP/WHO

Las principales causas de mortalidad son los problemas perinatales, las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis, la malaria, el sarampión, y el SIDA. La malnutrición asociada a estas causas es un factor que contribuye en un 54 % a la mortalidad infantil (Fig. 7).

Figura 7. Determinantes de mortalidad infantil



Fuente: EIP/WHO 2000.
Pelletier *et al*, 1994.

Problemas de Salud

En los países africanos, a diferencia de otros países, en los que los niños pueden terminar en una institución por diferentes motivos, los menores que se encuentran en los orfanatos en su mayoría son realmente huérfanos. África sub-sahariana es la región del mundo con mayor número de huérfanos y es la única región del mundo donde esta cifra ha aumentado en los últimos años. Desgraciadamente, el número de niños huérfanos debido al SIDA, continuará incrementándose en la próxima década en África. Este aumento en el número de huérfanos tienen un tremendo impacto social, aunque se trate de culturas y comunidades con una fuerte cohesión social y con tradiciones que proveen soporte a los niños vulnerables y huérfanos: por la estructura de las familias africanas, es normal que parientes y vecinos, se puedan hacer cargo de niños cuando sus padres no están en condiciones de ello. Además, la distribución de las casas en las áreas rurales facilita las cocinas comunitarias y el compartir otras tareas. Esta organización social también incide en el temperamento de los niños huérfanos que aceptan con menor impacto emocional residir en orfanato donde persisten la vida comunitaria y el juego al aire libre, aunque las condiciones de salud no sean las óptimas.

Diarrea / Parasitosis intestinales

En los niños que proceden de África, es frecuente encontrar sintomatología digestiva, siendo la diarrea el signo más habitual. Las causas pueden ser múltiples pero no es extraño encontrar bacterias como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* o *Yersinia* y parásitos en estos cuadros digestivos.

Entre los parásitos, son muy comunes los protozoos (*Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*) y los *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Estrongiloides estercolaris*.

Por ello es recomendable realizar un coprocultivo incluyendo rotavirus y determinación de las diferentes cepas de *E. coli* y buscar parásitos en 3 muestras a días alternos de heces.

La diarrea crónica y las manifestaciones clínicas digestivas inespecíficas así como la eosinofilia deben hacer insistir en la búsqueda de parásitos.

La prevalencia de los parásitos helmintos disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor. La *Taenia solium* es una excepción: en ocasiones sobrevive años en el tubo digestivo excretando huevos, que una vez ingeridos pueden producir casos de neurocisticercosis. En el niño inmigrante la neurocisticercosis es la causa más frecuente de epilepsia.

Otra enfermedad a la que merece la pena hacer referencia es la esquistosomiasis. Si el niño procede de un área endémica, se indagará acerca de los riesgos de exposición si es posible (nadar en ríos, lagos o charcas). Los eosinófilos también estarán elevados en sangre. Las complicaciones de la esquistosomiasis pueden aparecer años después. La clínica aguda en muchas ocasiones es inexistente. El *Esquistosoma hematobium* se buscará en orina, el *Esquistosoma mansoni* en heces y, ante sospecha (prurito, erupción urticarial, fiebre, congestión venosa o dolor abdominal o en el caso del *haematobium* disuria, hematuria, polaquiuria) se solicitarán serologías específicas para esquistosomas en sangre periférica.

Malaria

El patrón febril de los primeros días de infección es parecido a otras enfermedades infecciosas. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por el acceso febril, acompañado en ocasiones de vómitos y cefaleas, esplenomegalia, anemia y trombocitopenia.

La forma más grave y la más frecuente es la producida por el *Plasmodium falciparum*, que puede producir malaria cerebral y otras complicaciones. Las otras especies causan formas más leves, pero pueden presentar recurrencias hasta 7 años después de abandonar la zona

endémica. En el caso del *P. malariae* los episodios febriles pueden aparecer muchos años más tarde (hasta 40) y asociarse en los niños a un síndrome nefrótico como complicación. Ante todo episodio febril en un niño que procede de una zona endémica debe realizarse una gota gruesa y una extensión fina para descartar la malaria. Las personas que proceden de áreas hiperendémicas han desarrollado semi-inmunidad debido a la repetida exposición y pueden estar asintomáticas con parasitemia positiva, por lo que es importante en la primera exploración al llegar al país receptor realizar una gota gruesa de rutina a todos los que procedan de un área endémica (el 90% de los casos ocurren en África sub-sahariana aunque no se pueden olvidar entre otros India, Brasil, Sri Lanka, Vietnam o Colombia)

Hemoglobinopatías

En todos estos niños debe realizarse un hemograma completo para la detección de anemia y hemoglobinopatías. La anemia de células falciformes es una entidad propia del África sub-sahariana, y en algunos lugares las poblaciones de heterocigotos llegan al 30%. También es frecuente el déficit de 6-GPD.

Hepatitis vírica

Una gran proporción de niños de África ha contraído la hepatitis A en edades tempranas, por lo que hay pocos motivos para solicitar anticuerpos para este virus en ausencia de sintomatología sugestiva (hepatomegalia, ictericia, fiebre). En presencia de ésta, solicitar serologías y transaminasas. Con serologías negativas y según la procedencia (por ejemplo: Etiopía) pensar en la posibilidad de Hepatitis E.

La prevalencia de Hepatitis B en África es alta. Los niños deben ser examinados para determinar la presencia de HbsAg, anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs) y anticuerpos contra el núcleo del VHB (anti-HBc).

Un error frecuente entre los niños adoptados es el haber determinado únicamente la presencia de HbsAg. Las pruebas de detección de HbsAg y anti-HBs no identifican a los niños que se encuentran en el "periodo ventana" de la infección aguda; en estos casos el diagnóstico se establecerá por la presencia de anti-Hbc y la ausencia de HbsAg. El estado de portador crónico de la hepatitis B se define como la persistencia del HbsAg durante más de 6 meses, confirmado por la presencia de IgG anti-HBcore. En los portadores se evalúa la infecciosidad (mediante la determinación de hepatitis B Age, y delta virus) y hepatitis activa crónica (mediante la determinación de enzimas hepáticas). Cuando se diagnostique un portador crónico hay que vacunar los contactos domiciliarios realizando estudio serológico previo. Los niños cuyas pruebas para hepatitis B resulten negativas deben recibir la vacunación rutinaria contra la hepatitis B.

La hepatitis D sólo se produce en presencia de replicación activa del VHB. Es poco frecuente, pero su prevalencia es más alta en África.

La hepatitis C se puede transmitir también verticalmente de la madre al niño, o por transmisión horizontal por vía parenteral. La presencia de anticuerpos en niños de más de 15 meses es diagnóstico de infección pero este diagnóstico se debe confirmar con la medición del HCV RNA y PCR.

Infección por VIH

El riesgo de presentar infección por VIH en niños adoptados dependerá del país de origen y los riesgos individuales. Como ya hemos referido, los países africanos son los de mayor prevalencia mundial, sin disminuir el número de casos por año, sino todo lo contrario. En el primer examen todos estos niños deben ser estudiados para descartar el VIH. No deben considerarse fiables los resultados de pruebas realizados en el país de origen.

Eosinofilia

La presencia de eosinófilos en sangre es frecuente y sugestiva de parásitos pluricelulares en los niños procedentes de África.

Tuberculosis

La tasa de infección por cada 100.000 habitantes es cuatro veces más en los países de baja renta, que en los núcleos urbanos de nuestro país. En África se estima una tasa de prevalencia de 200 por 100.000 habitantes, mientras que en Barcelona o Madrid es de 45-65, y de 23-25 en otros países desarrollados.

El procedimiento correcto para el estudio de estos niños es la realización de la prueba de tuberculina (PPD) de forma rutinaria.

Lesiones cutáneas

La escabiosis y la pediculosis son frecuentes. Las infecciones de piel por *Staphylococcus aureus* o la presencia de micosis, incluyendo *Tinea corporis* y *Tinea capitis*, tampoco son hallazgos raros en la exploración cutánea del niño adoptado de África.

En presencia de eosinofilia, prurito y con lesiones de rascado hay que pensar en la posibilidad de filarias, después de descartar otros procesos más comunes (por eje: Escabiosis). Con la sintomatología mencionada, la presencia de nódulos cutáneos en cresta ilíaca o meseta tibial nos debe hacer pensar en la oncocercosis.

Otros

En la exploración cutánea de estos niños podemos encontrar cicatrices rituales o de medicina tradicional. También es importante en la primera exploración valorar los genitales, los niños suelen estar circuncidados, y aunque con menos frecuencia podemos encontrar una clitoridectomía o la ablación de parte de los genitales externos femeninos. En algunas culturas africanas se practica también la amputación de la úvula con la creencia de que puede inducir a la abstinencia sexual.

Vacunaciones en África

En la mayoría de casos no existen registros vacunales y las vacunas que han recibido son desconocidas aún existiendo en la mayoría de países programas de inmunización con adecuado cumplimiento hasta el primer año de vida. Actualmente se realizan grandes esfuerzos por parte de organizaciones internacionales para la administración de la vacuna anti-sarampión a los 9 meses.

Podemos reconocer la escara de la BCG, administrada en las maternidades, en el deltoides o en el antebrazo (Madagascar y R. D. Congo, por ejemplo).

Los niños procedentes de Marruecos suelen llegar a nuestro país con un documento acreditativo del calendario vacunal bien cumplimentado, las vacunas han sido correctamente administradas y estos documentos son totalmente fiables.

1.3. LOS INFORMES PRE-ADAPTIVOS Y LOS DATOS A OBTENER

La evaluación e interpretación de los datos que ofrece el informe médico de los niños asignados para adopción internacional debería servir para identificar la existencia de problemas médicos pasados y presentes, la necesidad presente o futura de evaluaciones médicas y tratamientos médicos o quirúrgicos, y la existencia de factores de riesgo que pueden afectar su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible.

Sin embargo, como hemos descrito en el anterior apartado, los informes médicos pre-adoptivos que llegan a España procedentes de los países de origen suelen ofrecer, en general, una información deficiente, escasa e incompleta y, en muchas ocasiones, confusa, errónea o adulterada. Respecto a su calidad, generalizando, podríamos catalogarlos como “aceptables” los procedentes de la India y países Latinoamericanos, “limitados” los elaborados en países del sudeste de Asia y de África, “deficientes” los procedentes de China y países de Europa del este, y “muy deficientes” los elaborados en la Federación Rusa.

En la Tabla 16 se describen las deficiencias más frecuentemente observadas en los informes médicos pre-adoptivos emitidos en los países de origen.

Tabla 16. Deficiencias observadas en los informes médicos pre-adoptivos

- Errores/ausencias de fechas:
 - De nacimiento
 - De realización de pruebas
 - De emisión del informe, etc.
- Informes no actualizados a la edad real del menor
- Datos antropométricos no acordes con la fecha de emisión del informe
- Ausencia/escasez de datos:
 - Familiares (sociales, médicos, psiquiátricos, de consumo de sustancias, etc.)
 - De la salud de la madre durante el embarazo y su control
 - De la edad gestacional, parto y periodo perinatal
 - Problemas de salud previos a la institucionalización
 - Del motivo real de la institucionalización
 - Longitudinales del desarrollo físico durante la institucionalización
 - Longitudinales del desarrollo psicomotor durante la institucionalización
- Uso de unidades de medida diferentes y errores en la conversión
- Uso de unas clasificaciones, unos conceptos y una terminología médica diferente o confusa
- Diagnósticos erróneos o ausentes por falta de capacitación profesional y/o medios técnicos
- Emisión de diagnósticos sin sustento en pruebas complementarias
- Descripción de signos y síntomas sin emitir el diagnóstico concreto
- Discrepancia entre los datos aportados y los diagnósticos emitidos
- Discrepancias entre la información aportada por vía oral y escrita
- Diagnósticos adulterados
- Ocultamiento de datos y/o diagnósticos
- Anticuerpos protectores negativos contra enfermedades infecciosas frente a las que ha sido vacunado
- Serologías negativas de enfermedades infecciosas que, en nuestro país, se transforman en positivas
- Traducciones incompletas o incorrectas
 - Informe manuscrito ilegible/fotocopiado ilegible
 - Incompetencia del traductor

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Debido a esto, se considera que la simple evaluación e interpretación del informe médico pre-adoptivo elaborado en estos países, y especialmente en la Federación Rusa, China, Ucrania y otras antiguas ex-repúblicas soviéticas (que suponen el 78% de las adopciones internacionales realizadas en nuestro país), no es suficiente para conocer la salud física y mental real del menor. Por ello, muchas familias conocedoras de esta problemática, con independencia de la información médica que reciban del país de origen, optan por obtener personalmente los datos médicos, sociosanitarios y audiovisuales que permitan completar las piezas del “puzzle”, una vez con el material recopilado y a través de profesionales expertos, poder evaluar con mayores garantías el estado de salud de su futuro hijo.

En la Tabla 17 se describen los datos de interés médico y sociosanitario importantes que se deben obtener.

Tabla 17. Datos médicos y sociosanitarios a obtener de todo niño adoptable en el extranjero

- Filiación: nombre, fecha y lugar de nacimiento.
- Historia sociofamiliar (madre, padre y hermanos): nombres, edad, profesión, nacionalidad, etnia, antecedentes de alcoholismo, drogadicción, prostitución, enfermedad psiquiátrica, retraso mental, malos tratos, institucionalización, problemas médicos.
- Historia perinatal y neonatal: número de gestación, salud de la madre durante la gestación, edad gestacional, lugar del parto (domicilio/hospital), tipo de parto (vaginal/cesárea), test de Apgar (valor a los minutos 1 y 5), cribado de endocrino-metabopatías, antropometría neonatal (peso, longitud, perímetro cefálico), patología perinatal y neonatal (estudios, tratamientos realizados, secuelas).
- Institucionalización: motivo de la institucionalización, número y tipo de instituciones por las que ha pasado (orfanato, residencia, hogar funcional, familia acogedora), localización de la institución (país y área geográfica) y tiempo de institucionalización (desde la fecha del primer ingreso). Obtener información sobre el aspecto general y las condiciones higiénicas y de salubridad de la institución observadas durante la visita.
- Desarrollo físico (peso, talla, perímetro cefálico, etc.): evolución longitudinal (1, 3, 6, 9, 12 meses, etc.) y datos antropométrico-nutricionales actualizados.
- Desarrollo psicomotor (motor fino, motor grueso, lenguaje, socialización) y neurosensorial (visión/audición): evolución longitudinal y datos del momento actual.
- Enfermedades previas (diagnósticos o síntomas): padecidas antes y durante su estancia en la institución (con fecha o edad del niño) y medicamentos administrados.
- Enfermedades que presenta en la actualidad (diagnósticos o síntomas) y tratamiento que se le administra. Preguntar qué consecuencias tiene la enfermedad y, una vez en nuestro país, qué cuidados y tratamientos deberá seguir. ¿Son el resultado o secuelas de problemas/enfermedades del período perinatal-neonatal o de enfermedades previas?.
- Marcas cutáneas: color, localización, extensión, ¿son de nacimiento?.
- Intervenciones quirúrgicas realizadas, diagnóstico y fecha. Incluidas las transfusiones de sangre.
- Evaluaciones médicas por especialistas: diagnósticos y fechas.
- Alergias, reacciones o intolerancias conocidas (a medicamentos, alimentos, neuroalérgenos, etc.).
- Vacunas administradas (nombres) y fechas de administración.
- Pruebas de cribado de laboratorio: fecha de realización y resultados.
- Estudios serológicos (VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, etc.): fecha de realización y resultados
- Prueba de Mantoux (tuberculina): fechas de realización y resultados.
- Comportamiento y reacciones del niño cuando está enfermo.
- Alimentación: gustos, consistencias, horarios y cantidades.
- Actividades diarias (levantarse, siesta, acostarse, baño, cepillado de dientes, juegos, juguetes, etc.): horarios, preferencias y costumbres.
- Sueño: duración, tipo de cama, tipo de sueño, problemas.
- Control de esfínteres: pañales/orinal, enuresis/encopresis, horarios, hábito deposicional.
- Aspectos de la conducta, del desarrollo socioemocional y del lenguaje.
- Aspectos del desarrollo escolar.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

Finalmente, siempre bajo la decisión de cada familia, la obtención de material audiovisual del menor a adoptar puede ser útil para tener una idea más aproximada de su estado real de salud física y mental. En los centros médicos que dispongan de medios y técnicas audiovisuales, el estudio por profesionales experimentados del material recopilado del niño puede ser útil para la identificación de retrasos o trastornos del desarrollo neuromadurativo (especialmente si son moderados o severos), signos de alarma de enfermedad neurológica o sensorial, síndromes genéticos y dismorfológicos, anomalías congénitas, deformidades o displasias óseas, trastornos ortopédicos, enfermedades dermatológicas y trastornos dentales, entre otras patologías.

En la Tabla 18 se describen las características y aspectos fundamentales que deben mostrar el video (y/o fotografías) de un niño que va ser adoptado en el extranjero para poder realizar un estudio válido desde los puntos de vista físico, dismorfológico y neuromadurativo.

Tabla 18. Características de un video válido para estudio pre-adoptivo

- Buena calidad de imagen y audio.
- Duración de al menos 10-15 minutos.
- Mostrar al niño vestido y con ropa interior o remangada.
- Mostrar al niño en movimiento (comiendo, bebiendo, jugando, pintando, gateando, andando, etc.).
- Mostrar al niño vocalizando, riendo o llorando (audio).
- Mostrar al niño reaccionando ante el ruido o sonidos (audio).
- Mostrar al niño interactuando con adultos y otros niños.
- Mostrar en detalle:
 - El contacto visual del niño.
 - El cráneo y la facies en diferentes ángulos.
 - El paladar y los dientes.
 - Las manos (dorso y palma) y los pies.
 - Cualquier aspecto de su físico que llame la atención.
- Realizar videos/fotografías secuenciales en el tiempo.

La obtención y uso de material audiovisual deberá respetar escrupulosamente los derechos del menor y atenerse en todo caso a las limitaciones y garantías exigidas por la normativa vigente en los países de origen y en nuestro país.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo.

1.4. EL VIAJE Y LA ESTANCIA EN EL EXTRANJERO

El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos, que son prevenibles, de adquirir enfermedades transmisibles. Un 5% de las familias que viajan al extranjero para adoptar a un niño presentan una enfermedad infecciosa durante su estancia o tras su regreso, incluidas enfermedades propias de la infancia como el sarampión o la tosferina. Además, solo una cuarta parte de estas familias toman medidas preventivas de inmunización y/o quimioprofilaxis antes del viaje. Aproximadamente uno de cada cinco niños adoptados presenta alguna enfermedad durante el encuentro con la familia o en el viaje de regreso.

En general, el riesgo de adquirir una enfermedad transmisible depende de:

- El país visitado
- Las condiciones y duración del viaje
- El lugar de estancia (rural o urbano)
- La época del año
- Factores personales, tales como: Edad y sexo; inmunizaciones previas, estado de salud actual; antecedente de enfermedades previas

Por ello, en la medida de lo posible, y dependiendo del área geográfica a la que se va a viajar, la familia pre-adoptiva debe recibir información antes de iniciar el viaje sobre los siguientes aspectos:

- Cómo identificar los riesgos y el modo de evitarlos
- Alertas sanitarias
- Las medidas preventivas
- Las instituciones a las que acudir en caso necesario
- Cuidados básicos del niño

Respecto a cómo identificar riesgos y el modo de evitarlos, en la Tabla 19 se describen una serie de consejos y normas sanitarias útiles para viajeros internacionales.

En cuanto a las alertas sanitarias, es necesario informarse sobre si en la región a la que se va a viajar existe actualmente algún brote epidémico de alguna enfermedad transmisible. Sirva de recuerdo la epidemia de Síndrome respiratorio agudo grave (SARS) originada en China y que duró desde noviembre de 2002 hasta finales de junio de 2003. Para ello, es útil consultar la situación sanitaria del país de destino en las siguientes páginas web:

- World Health Organization: www.who.int/ith/en
- Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov/travel/
- Ministerio de Sanidad y Consumo:
www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm

Se recomendará una pauta individualizada de vacunaciones. En las Tablas 20 y 21, respectivamente, se describen las inmunizaciones recomendadas de forma sistemática y de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero.

Si se viaja a una zona endémica de malaria deben aconsejarse medidas preventivas específicas. En la Tabla 22 se describen las normas básicas y las medidas barrera de la profilaxis antipalúdica, y en la Tabla 23 los fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica. La vacuna frente a la malaria en la actualidad todavía se encuentra en fase de investigación.

Respecto a la quimioprofilaxis antipalúdica, como normas generales, debemos recordar al viajero que:

- Ningún fármaco antipalúdico previene completamente frente a la enfermedad.
- El inicio de la profilaxis, para obtener niveles terapéuticos en sangre al llegar a la zona de riesgo, debe hacerse una semana antes (mefloquina o cloroquina) o el día anterior (proguanil, atovaquone-proguanil o doxiciclina).
- El fracaso en la profilaxis no significa siempre resistencia al medicamento.
- No olvidar que, en mayor o menor medida, todos los fármacos antipalúdicos pueden producir efectos adversos.
- Actualmente, las recomendaciones de quimioprofilaxis varían según el organismo que las realice, Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) o Center of Disease Control (CDC), y debe de hacerse en forma individualizada teniendo en cuenta las resistencias, casos nuevos, alertas sanitarias, etc. Por ello, se debe recomendar a todo viajero, tanto niño como adulto, que antes de emprender su viaje, más si es a un país tropical, acuda a una Unidad de Consejo al Viajero.

Para ampliar información sobre los aspectos previamente mencionados y ser atendidos de forma integral, puede ser necesario dirigirse a un Centro de Vacunación Internacional. En el Anexo se enumeran las direcciones de los Centros de Vacunación Internacional existentes en territorio nacional. También hay información disponible a través de Internet en esta URL: www.msc.es/proteccionSalud/ciudadanos/viajero/vacunacion/cont_centros_vacunacion.htm

Una vez en el país de destino, si el niño precisa atención sanitaria, debe informarse del tipo de cobertura sanitaria en su seguro de viaje y de los centros sanitarios concertados.

Finalmente, otro de los motivos por los que es necesario asesorarse en la consulta médica pre-adoptiva es el hecho de que cuidar al menor en el extranjero implica tener unos conocimientos básicos.

Dado que los trámites durante la estancia y la duración del viaje de regreso pueden ser prolongados, es útil que los padres pre-adoptivos lleven lo indispensable, y sepan como utilizarlo, para los cuidados básicos de alimentación e higiene del niño, así como una serie de medicamentos –*botiquín médico de viaje*– para resolver los problemas de salud que con mayor frecuencia pueden acontecer.

Respecto a la información (botiquín médico de viaje), debe ser proporcionada por escrito especificando los medicamentos a llevar (Tabla 24), para qué y cuando se deben utilizar, la forma de utilización, la dosis a administrar, la pauta horaria y los días de duración.

Igualmente, ante situaciones especiales o de urgencia, es muy útil, práctico y eficaz disponer de un contacto telefónico con un pediatra de confianza que pueda indicar si se puede utilizar alguno de los fármacos del botiquín médico de viaje, si se debe ir a una farmacia a adquirir otro medicamento o si se debe dirigir a un centro hospitalario.

Tabla 19. Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales

- 1.** Tomar medidas preventivas de inmunización (ver Tablas 20 y 21 y/o de quimioprofilaxis (ver Tablas 22 y 23).
- 2.** Cuidados con los factores climáticos: protegerse del sol y beber abundantes líquidos si el calor y la humedad son excesivos, para evitar cuadros de golpe de calor, deshidratación y dermatitis o quemaduras solares.
- 3.** Cuidados con los alimentos.
 - La diarrea es la enfermedad más frecuente en los viajes.
 - No ingerir verduras crudas y consumir sólo fruta pelada por uno mismo.
 - Comer carnes y pescados bien cocinados. No ingerir pescado y marisco crudo.
 - No consumir leche ni derivados sin higienizar. Cuidado con helados y repostería.
- 4.** Cuidados con el agua.
 - El agua es un importante transmisor de enfermedades infecciosas.
 - Beber sólo agua embotellada y/o tratada con suficiente garantía.
 - Los refrescos y bebidas calientes son más seguras. No usar cubitos de hielo.
 - En caso de aguas potencialmente peligrosas tratar mediante ebullición (durante 10 minutos) o cloración (2 gotas de lejía por litro de agua y esperar 30 minutos antes de consumirla).
 - Emplear agua embotellada para la bebida, preparación de biberones y cepillado de los dientes.
 - Cuidado con las inmersiones en lagos o ríos, sobre todo en agua dulce, que pueden estar infectadas con larvas que penetran en la piel y provocan enfermedades (esquistosomiasis).
- 5.** Protección contra animales, reptiles e insectos.
 - Evitar contacto con cualquier tipo de animales, especialmente perros domésticos y/o salvajes.
 - Usar calzado apropiado y revisar ropa antes de ponérsela (serpientes, escorpiones).
 - Protegerse de las picaduras de insectos mediante repelentes, evitar perfumes y ropas de color claro, usar ropa de manga larga y evitar pantalones cortos, etc.
- 6.** Enfermedades de transmisión sexual (incluido SIDA y hepatitis B): utilizar preservativos y evitar tatuajes y *piercing*.
- 7.** Atención sanitaria en el país de destino.
 - Antes de emprender el viaje conviene informarse del sistema de atención sanitaria del país de destino y conocer la cobertura del seguro de asistencia médica.
 - En caso de padecer alguna enfermedad crónica conviene llevarse la medicación necesaria en cantidad suficiente para el tiempo que dure su estancia en el extranjero, o asegurarse de que podrá adquirirla en el país de destino.

Fuente: M. García López-Hortelano, A. Cortés Lozano, M. de Aranzábal, V. Fumadó Pérez.

Tabla 20. Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias adoptivas que viajan al extranjero

Tétanos-Difteria (Td, dTpa según edad):

- Valorar adelantar dosis si un niño viajero está cercano a la edad recomendada.
- Adultos; si han transcurrido más de 10 años de la dosis anterior.
- En viajes a cualquier destino.

Poliomielitis (VPI, VPO):

- Vacunado primariamente: 1 dosis de recuerdo VPI.
- En caso de adulto inmunizado previamente: 1 dosis de recuerdo con VPI.
- Viajes a la India, África y sudeste Asiático y otras áreas endémicas o epidémicas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple vírica):

- En niños entre 9-15 meses, que viajen a zonas endémicas de sarampión, debe ponerse una dosis de vacuna (que luego hay que repetir a la edad recomendada en el calendario vacunal estándar si se puso antes del año).

Hepatitis B:

- Recomendada a todos los adultos que viajen.

Hepatitis A:
 2 dosis con pauta 0, 6-12 meses.
 Si no dispone de tiempo, una dosis 10-15 días antes del viaje y una segunda 6-12 meses más tarde.
 Administrada en vacuna combinada Hepatitis A+B la pauta es 0, 1, 6 meses.

- Especialmente en viajes a países con situación higiénica deficientes y estancia prolongada.
- Nota: esta vacuna es muy recomendable, pero no está incluida en el calendario oficial de la mayoría de nuestras comunidades autónomas; no obstante el Sistema Nacional de Salud acepta la prescripción y financiación en estos casos.

Gripe:
 El riesgo dependerá de la época del año y del destino.
 Se debe vacunar (1 dosis única) no antes de 2-4 meses del pico de máxima actividad.

- Destinos y picos de máxima actividad:
 - Hemisferio norte (zonas templadas): entre diciembre y marzo.
 - Hemisferio sur (zonas templadas): entre abril y septiembre.
 - Trópicos: todo el año.
- Especialmente indicada en población de riesgo con enfermedad crónica.
- Especialmente en viajes a Rusia, Europa del este, China y sudeste asiático.

Neumococo (polisacárido):

- Una dosis única.
- En viajes a cualquier destino (indicada en población de riesgo).

Nota: Los hijos biológicos y adoptivos que viajan acompañando a sus padres y que están correctamente vacunados según el calendario de inmunizaciones recomendado por la Asociación Española de Pediatría, únicamente se deben plantear la indicación de la vacuna frente a la hepatitis A. En aquellos que por su edad no han recibido la vacuna Triple vírica y la dosis de recuerdo de DTPa/VPI, y estén próximos a cumplirla es recomendable que se les adelante (si la vacuna Triple vírica se administra antes de los 12 meses de edad, se deberá poner otra dosis a los 15 meses de edad).

Fuente: G. Oliván Gonzalvo, M. de Aranzábal, V. Fumadó Pérez, M. García López-Hortelano,

Tabla 21. Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero

<p>Fiebre amarilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente indicada en viajes a áreas endémicas [zonas tropicales de Sudamérica, Centroamérica y África subsahariana (central, este, sur y oeste)]. • Aunque está sujeta a reglamentación internacional (solo se administra en los Centros de Vacunación Internacional), algunos países exigen el Certificado Internacional de Vacunación a todos los viajeros, mientras que otros sólo si el viajero proviene de cualquiera de las áreas infectadas o de las denominadas áreas endémicas. <ul style="list-style-type: none"> – Recuerdo: cada 10 años. – Si el niño es menor de 9 meses, o existe una contraindicación para vacunar, hay que especificar que se debe hacer un certificado de exención en los Centros de Vacunación Internacional. – Inmunidad protectora a los 10 días de la primovacunación, e inmediatamente tras la dosis de revacunación (fechas a tener en cuenta para la "validez del Certificado de vacunación" en los viajes).
<p>Fiebre tifoidea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente indicada en viajes largos (4 o más semanas) a áreas de alta endemicidad [India, países de África, sudeste Asiático, Oriente medio, Sudamérica y Centroamérica] o con brotes epidémicos. • Nota de interés: La vacunación contra la fiebre tifoidea no debe considerarse sustitutiva de las medidas higiénico-sanitarias necesarias, ya que la ingestión de grandes cantidades de inóculo bacteriano, puede superar la eficacia vacunal. • En España existen 2 vacunas disponibles: <ul style="list-style-type: none"> Vacuna oral Ty21a <ul style="list-style-type: none"> – Indicada para adultos y niños mayores de 5 - 6 años de edad. Vacuna parenteral ViCPS <ul style="list-style-type: none"> – Indicada en niños pequeños, entre 2 y 6 años. También en adultos.
<p>Cólera:</p> <p>Esta vacuna está sujeta a reglamentación internacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En situaciones de brote epidémico se recomienda la vacunación tanto a adultos como a niños. <ul style="list-style-type: none"> – Pauta: 1 dosis, vía oral.
<p>Encefalitis japonesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente indicada en viajes a determinados países de Asia [zonas rurales o selváticas de Corea del norte, República de Myanmar (ex Birmania), Vietnam y Laos] y subcontinente Indio, y con estancias superiores a un mes durante la época de los monzones. <ul style="list-style-type: none"> – Inmunidad: aunque la pauta vacunal son tres dosis son precisas al menos 2 dosis antes de iniciar el viaje..
<p>Encefalitis centroeuropea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente en viajes a áreas endémicas [zonas boscosas del centro de Europa, este de Europa y Asia oriental] durante los meses de mayo-octubre. <ul style="list-style-type: none"> – Inmunidad: aunque la vacunación son tres dosis, la protección comienza a los 15 días de la 2ª dosis.
<p>Meningitis meningocócica (A+C):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente en viajes a áreas endémicas (África subsahariana (desde Senegal al oeste hasta Etiopía en el este), Brasil (interior), India y Nepal] durante los meses de diciembre a junio (ambos inclusive), o en cualquier época de año si se notifica epidemia. <ul style="list-style-type: none"> – Inmunidad protectora a los 15 días de la vacunación.
<p>Rabia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente en viajes a países de estancia prolongada y alta enzootia • Evitar el contacto con animales domésticos, salvajes y cautivos, principalmente perros y gatos.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo, M. de Aranzábal, V. Fumadó Pérez, M. García López-Hortelano,

Tabla 22. Profilaxis antipalúdica

<p>Normas básicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a los padres del riesgo: periodo de incubación, síntomas más frecuentes, etc. 2. Evitar las picaduras de mosquitos: recomendar el uso de repelentes, mosquiteras, etc. En muchas ocasiones, sobre todo si los niños son pequeños, es la única medida que podemos recomendar. 3. Aconsejar sobre la quimioprofilaxis antimalárica más adecuada. 4. Consultar inmediatamente a un médico en caso de síntomas. 5. En niños pequeños, no se recomiendan auto tratamientos.
<p>Medidas barrera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son fundamentales para prevenir no solo el paludismo, sino otras enfermedades transmitidas por mosquitos, como la Fiebre amarilla, Dengue etc. En los niños, muchas veces es la única medida a tomar, ya que los fármacos utilizados para prevenir el paludismo pueden ser tóxicos, o imposibles de utilizar (falta de formulación, alta toxicidad, etc.). • Debemos advertir a los padres que la protección individual frente a las picaduras de mosquitos entre el anochecer y el amanecer es la primera línea de defensa contra el paludismo. Para ello, utilizaremos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ropa adecuada que cubra la mayoría de las zonas expuestas: pantalón y camisas de manga larga, calcetines, zapato cerrado, gorra, etc. 2. Telas mosquiteras (poros de 1,2-1,5 mm), tanto en ventanas como alrededor de la cuna o cama, que pueden impregnarse con insecticidas residuales [según la época del año, las venden en tiendas especializadas en multideportes o en viajes exóticos] 3. Repelentes de insectos: <ul style="list-style-type: none"> – Adultos y niños mayores: Picaridina (ácido 1-piperidincarboxil,2-(hidroxietil)-1-metil-propileste) a concentraciones del 10-20%; DEET (N,N-diethyl-3-metilbenzammina) al 30%, que proporciona más del 95% de protección durante 3 a 5 horas en adultos. – Niños muy pequeños: N-Butil-N acetil Aminopropionato de Etilo al 17%, cuyo efecto dura entre 1 y 4 horas, o aceites esenciales de plantas (limón, eucalipto, etc.). 4. Insecticidas: Se combinan con los repelentes aplicados sobre la piel. El más utilizado es la permetrina en spray o soluciones sobre la ropa, telas mosquiteros, etc. 5. En niños pequeños no se recomiendan autotratamientos.

Fuente: M. García López-Hortelano, M. Aranzábal, V. Fumadó.

Tabla 23. Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica

FÁRMACOS	DOSIS	INDICACIONES
Cloroquina	5 mg base/kg. Dosis semanal Desde 1 semana antes del viaje, durante y 4 semanas después.	Zona sin resistencias (América central, Haití)
Proguanil	3 mg/kg. Dosis diaria. Desde el inicio del viaje, durante y 4 semanas después. Siempre con Cloroquina	Zona con moderada resistencia a Cloroquina.
Mefloquina	5 mg/kg. Dosis semanal. Desde 1 semana antes del viaje, durante y 4 semanas después. No en menores de 5 kg o 3 meses (Falta de datos). No comercializado en España.	Zona de resistencia a Cloroquina.
Atovaquone/Proguanil	Dosis: 11 - 20 Kg: 1 comp. 21 - 30 Kg: 2 comp. 31 - 40 Kg: 3 comp. > 40 Kg: 4 comp. Desde el día previo, durante el viaje y 7 días después. No en menores de 11 kg.	Zona de resistencia a Cloroquina.
Doxiciclina	1,5 mg/kg. Dosis diaria. Desde 1 día antes, durante y 4 semanas después. No en menores de 8 años.	Zona de multiresistencia (Tailandia-Camboya-Myanmar)
Primaquina	0,5 mg/kg/día, durante 14 días, a las 4 semanas de finalizar la profilaxis antipalúdica Como profilaxis terminal, evitando las recidivas por <i>P. vivax</i> tras largas estancias en zonas endémicas	Zona donde coexisten <i>P. falciparum</i> y <i>P. vivax</i>

Fuente: M. García López-Hortelano, M. Aranzábal, V. Fumadó.

Tabla 24. Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional (*)

<p>Apartado sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol e ibuprofeno Suero fisiológico (mono dosis, aerosolizado para fosas nasales.) Antibiótico oral de amplio espectro Colirio antibiótico Sobres de rehidratación oral (bricks) Crema antibiótica Crema con corticoides Crema de protección solar Repelentes de insectos Loción de permetrina al 1% (para piojos) Termómetro Tiritas, esparadrapos y gasas estériles Jeringuillas calibradas (5 y 10 cc) Solución antiséptica yodada 	<p>Apartado de higiene y alimentación infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Crema hidratante corporal y para el área del pañal Gel infantil y esponja Pañales y toallitas Biberón y tetinas Leche adaptada Cereales Termo para líquidos y purés Cuchara, cuenco, vaso adaptado y baberos
--	---

(*) El pediatra debe especificar por escrito para el apartado sanitario las dosis, pautas, duración, etc...
Las cantidades en la alimentación, dependerá de la edad, días de estancia y la posibilidad de adquirirlos en el destino

Fuente: G. Oliván Gonzalvo, M. de Aranzábal, M. García López-Hortelano, A. Cortés Lozano.

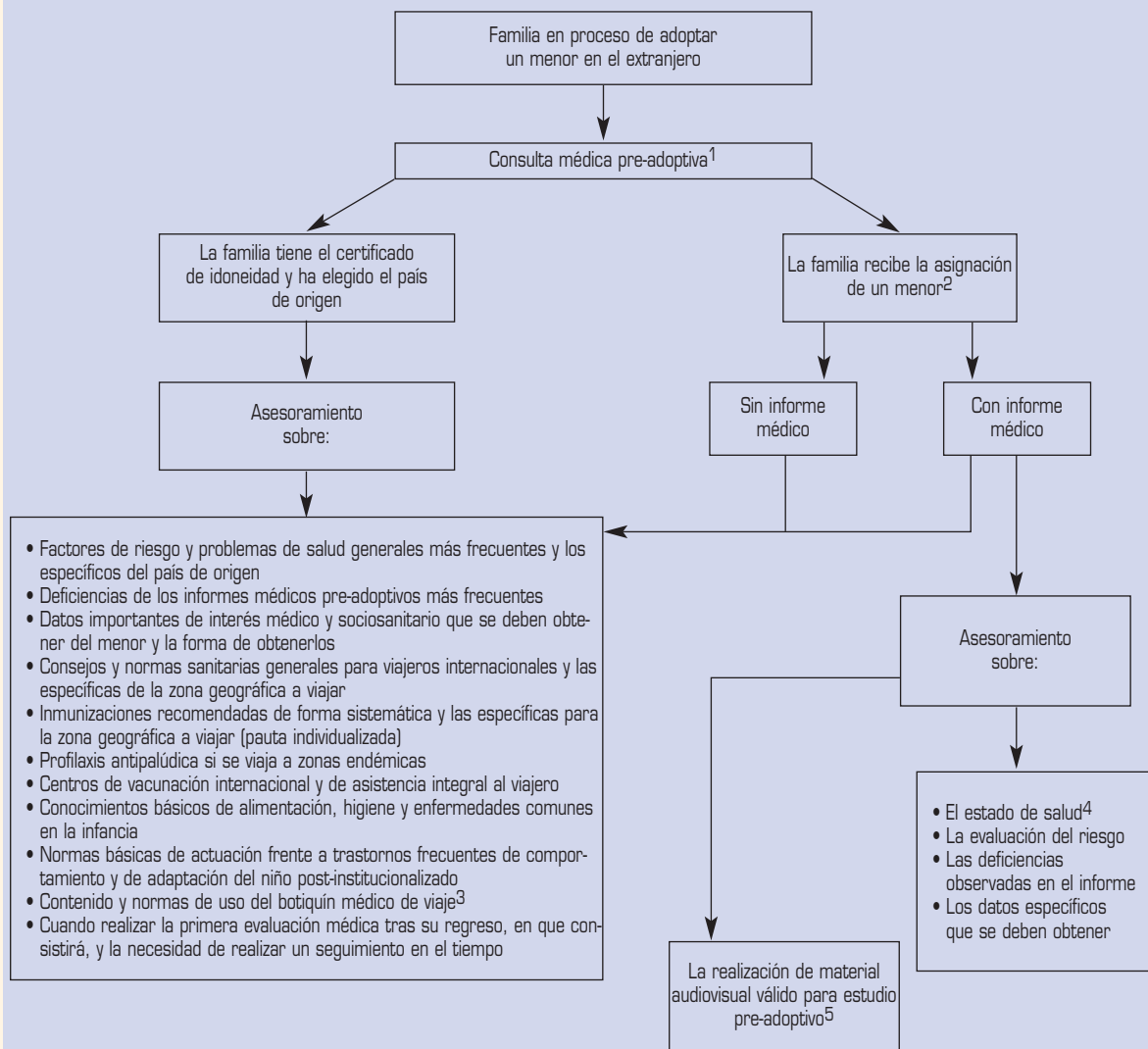
Gripe Aviar

El virus de la gripe aviar afecta usualmente a aves (y en menor medida a otras especies animales). En 1997 se detectaron los primeros casos de transmisión a humanos en Hong Kong; esta transmisión se produce por vía respiratoria y solo en casos de exposición profesional o de otro tipo siendo estrecha y continuada. El viaje a zonas con casos de animales declarados (en expansión continua) solo requiere precauciones generales como las ya descritas. En todo caso es recomendable consultar fuentes fiables antes de emprender el viaje con cierta antelación.

Fuentes de Consulta:

- OMS: www.who.int/csr/en/
- Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es

Algoritmo de Pre-adopción



1. Debe realizarse por profesionales formados y sensibilizados.
2. La familia que recibe la asignación de un menor, ya tiene el certificado de idoneidad y sabe el país de origen. La mayoría opta por realizar la consulta médica pre-adoptiva en ese momento. Se debe informar que podrán ser necesarias dos o más visitas para realizar un correcto asesoramiento.
3. Esta información debe ser dada por escrito.
4. En ningún caso se podrá confirmar o descartar la existencia de patologías.
5. Siempre y cuando la familia lo desee y se observen los requisitos descritos en el texto previo.

2. POST-ADOPCIÓN

2.1. LA EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL

2.1.A. Cuándo realizarla

Los niños procedentes de adopción internacional deben ser admitidos y atendidos en nuestro Sistema Nacional de Salud de manera similar al resto de la población general infantil, aunque hay que saber que pueden tener necesidades específicas. Técnicamente son como recién nacidos, sólo que mas grandes. La pediatría de atención primaria es el ámbito de atención apropiado inicialmente

Las familias que han adoptado en el extranjero suelen presentar un alto nivel de ansiedad y estrés, por el cúmulo de incertidumbres originadas por el propio proceso, y por las experiencias vividas en los países de origen del menor. Una vez que el niño ya está en su nueva familia aparece una nueva preocupación, su salud.

Se aconseja realizar la primera evaluación pediátrica:

- De forma inmediata, si existen signos o síntomas clínicos de enfermedad aguda.
- En caso contrario, no demorarla más de 15 días tras la llegada al domicilio.

El motivo para no retrasarla más allá de las dos semanas tras el regreso es por las siguientes razones:

- Entre un 10-15% de estos niños presenta problemas de salud no reconocidos o sospechados antes de la adopción.
- Existe peligro, aunque bajo, de transmisión de enfermedades infecciosas a otros miembros de la familia o de la comunidad.

2.1.B. Qué evaluar

La evaluación médica inicial incluye la realización de una anamnesis exhaustiva de los antecedentes del menor a través de la recopilación de la información sociosanitaria que pueda aportar la familia de forma escrita u oral, así como una exploración física minuciosa y la realización de pruebas de cribado

Podemos diferenciar entre la evaluación médica inicial que se recomienda realizar a:

- Una evaluación básica e inicial a todos los niños procedentes de adopción internacional (Tabla 25).
- Una evaluación específica que se añadirá a la anterior en determinados casos (Tabla 26), en dependencia de su edad, país de origen, informes médicos previos, signos o síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial.

Tabla 25. Evaluación médica básica recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero

- Exploración física completa
- Evaluación del crecimiento y estado de nutrición (ver apartado 2.2.A.)
- Evaluación del desarrollo psicomotor/neuromadurativo (ver apartado 2.2.B.)
- Búsqueda de secuelas de maltrato físico, sexual y/o emocional^a
- Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones (ver apartado 2.2.C.)
- Evaluación de la visión y audición (ver apartado 2.2.D.)
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Hemograma
 - Hierro y ferritina séricos
 - Bioquímica elemental
 - Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo)
 - Bioquímica y sedimento de orina
 - Parásitos y huevos en heces (3 muestras)
 - Serología VIH (anti-VIH 1 y 2) ^{b,c}
 - Serología Hepatitis B (incluir los marcadores: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total) ^{b,d}
 - Serología Hepatitis C (anti-HCV) ^{e,f}
 - Serología Sífilis (RPR y/o VDRL) ^{b,g}
 - Prueba de Tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml. 2 UT PPD RT 23) ^{b,h}

- a. A través de indicadores físicos y comportamentales (www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm)
- b. Considerar la repetición a los 3-6 meses para descartar el periodo de incubación de un posible contagio previo no diagnosticado (para VIH, sólo en casos con historia previa dudosa o procedentes de África subsahariana; para hepatitis B, solo en el caso de que en la primera determinación no se haya realizado el marcador anti-HBc; para sífilis, sólo en caso de sospecha de abuso sexual reciente; para tuberculosis, en casos de inmunodepresión o con una inducción de la prueba de la tuberculina entre 5-10 mm)
- c. VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Si la serología (ELISA) es positiva, se debe confirmar el diagnóstico: en niños menores de 18 meses, se realizarán dos pruebas de confirmación diagnóstica mediante técnica de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa); en mayores de 18 meses, el diagnóstico se confirmará repitiendo anti-VIH 1 y 2 (Western-Blot).
- d. Si la serología es positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y anti-hepatitis Delta.
- e. Si serología positiva en niño mayor de 18 meses, confirmar diagnóstico determinando carga viral (VHC-RNA) mediante técnica de PCR.
- f. Repetir a los 6 meses solo en caso de clínica sospechosa o duda.
- g. Si pruebas reagínicas positivas, confirmar con prueba treponémica específica (FTA-ABS IgG); esta prueba se realizará también en todos los niños menores de 1 año en los que exista confirmación o sospecha elevada de que su madre biológica tuvo sífilis.
- h. Realizar incluso en niños vacunados de BCG (buscar cicatriz postvacunal). La lectura debe realizarse a las 48-72 horas. Una induración mayor o igual a 10 mm se considera positiva (independientemente de que haya sido o no vacunado de BCG) e implica realizar estudio radiológico de tórax. Si la induración es menor de 10 mm, se considera negativo. Habría que repetirlo a los 3-6 meses (ver apartado b) para evitar falsos negativos por inmunodepresión secundaria a desnutrición, infestación parasitaria, tratamiento con corticoides, infección por VIH, etc. Si el niño presenta clínica sugestiva de tuberculosis, sospecha epidemiológica, radiología de tórax patológica y/o está inmunodeprimido, una induración mayor o igual a 5 mm debe considerarse positiva (también si se comprueba viraje reciente o exposición a paciente enfermo).

Notas:

- Cualquier niño con sospecha de enfermedad tuberculosa, debe ser valorado en un Centro especializado. No olvidar la existencia de tuberculosis multirresistente, que afecta diez veces más que en el resto del mundo a diversos países de Europa del este (principalmente Estonia, Letonia, Lituania, Kazajistán, Uzbekistán y algunas regiones de la Federación Rusa) y Asia (ver: www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr17/es/ [fecha de consulta, 22/09/2005]).
- A pesar de la escasa incidencia de sífilis, infección por el virus de la hepatitis C y del virus de la inmunodeficiencia humana en los últimos diez años, debido a que las tasas de estas enfermedades han aumentado espectacularmente en muchos de los países de donde proceden los niños adoptados internacionalmente, es crucial continuar estudiando la prevalencia de estas enfermedades infecciosas en este colectivo para proporcionar a los pediatras españoles directrices actualizadas para un cribado apropiado.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo, M. de Aranzábal Agudo, V. Fumadó Pérez, M. García López-Hortelano, A. Hernández Merino

Tabla 26. Evaluación médica específica recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero^a.

- Analizar criterios clínicos diagnósticos de Síndrome alcohólico fetal^b
- Evaluación de la dentición (si procede por edad; ver apartado 2.2.E.)
- Evaluación del desarrollo puberal (si procede por edad o estadio de desarrollo; ver apartado 2.2.A.)
- Evaluación de la edad cronológica (ver apartado 2.2.F.)
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Estudio de hemoglobinopatías ^c. Electroforesis de hemoglobina (talasemias, drepanocitosis, otras hemoglobinopatías). Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
 - Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
 - Urocultivo ^d
 - Coprocultivo ^d (1 muestra)
 - Niveles de plomo en sangre venosa (plumbemia) ^e
 - Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.) ^f
 - Función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH) ^g
 - Investigación de *plasmodium* (gota gruesa y frotis de sangre periférica) ^h
 - Investigación de Citomegalovirus (cultivo de orina, IgM, IgG), Toxoplasmosis y Rubéola (IgM, IgG) ⁱ
 - Serología Hepatitis A (IgM, IgG) ^j
 - Serologías vacunales (considerar coste/beneficio)
 - Serología de Chagas ^k (ver informe de África y Latinoamérica).

- a. En dependencia de su edad, país de origen, informes médicos previos, signos o síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial.
- b. Especialmente en procedentes de la Federación Rusa y Europa del este, y en todos aquellos que presenten el antecedente de exposición prenatal al alcohol o exhiban rasgos faciales dismórficos (Astley SJ. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. Seattle: University of Washington, 2004). <http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf>
- c. En casos con alteraciones sugestivas de la serie roja y procedentes de zonas de riesgo (talasemias: China, India y sudeste Asiático; drepanocitosis: Caribe, África subsahariana, India, Latino América; déficit glucosa-6-fosfato deshidrogenada: África subsahariana).
- d. Si sospecha clínica.
- e. En niños mayores de 12 meses con anemia refractaria al tratamiento con hierro (con estudio de hemoglobinopatías negativo), retraso del neurodesarrollo o trastornos del comportamiento (pica, irritabilidad, hiperactividad).
- f. En lactantes menores de 6 meses a los que no se les ha realizado cribado neonatal.
- g. En niños mayores de 6 meses con retraso del desarrollo físico, psicomotor y/o neuromadurativo o con macrocefalia.
- h. En casos con sospecha clínica (fiebre sin foco, anemia y/o esplenomegalia) procedentes de India, sudeste de Asia, África subsahariana y zonas de centro y Sudamérica.
- i. En casos con sospecha clínica (microcefalia, macrocefalia, retraso mental, hipoacusia, sordera, coriorretinitis, ceguera y/o convulsiones). La investigación de Citomegalovirus está indicada, aun en casos sin sospecha clínica, cuando la madre adoptante está embarazada.
- j. En casos con sospecha clínica.
- k. Los países endémicos son Centro America y Sudamérica. La serología convencional por ensayos inmunoenzimáticos (ELISA) o por inmunofluorescencia indirecta (IFI), buscando confirmación por la reacción en cadena de polimerasa (PCR) o Western Blot (WB) para poder descartar Chagas congénito, ya que es difícil garantizar la procedencia de los niños adoptados o de sus madres. En la transmisión vertical (madre a hijo) la existencia de parásitos es variable y depende del momento de la transmisión, puede darse incluso durante el parto. Es mas seguro hacer el diagnostico serológico tras el 6-8º mes de edad. (Dr. D. Bulla Fernández -Manejo y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas OPS/MSF/SSA- Facultad de Medicina. Montevideo-Uruguay- <http://cdiaec.uniandes.edu.co/Capitulo%202.pdf> (consultado el 23/09/2005)

Fuente: G. Oliván Gonzalvo, M. de Aranzábal Agudo, V. Fumadó Pérez, M. García López-Hortelano, A. Hernández Merino

2.2. EL SEGUIMIENTO

Debido a que en un elevado porcentaje de los niños adoptados en el extranjero se detectan problemas de salud en la evaluación médica inicial y que, conocidos los factores de riesgo sociosanitario a los que han estado expuestos, son niños con riesgo de presentar problemas y trastornos de comportamiento y de adaptación social, es muy recomendable realizar un seguimiento prolongado en el tiempo. Este seguimiento debería ser multidisciplinar y sistematizado, y estar coordinado por el pediatra responsable del menor ya que es el profesional con el que toma el primer contacto y su relación se va a prolongar hasta la adolescencia (Tabla 27).

Tabla 27. Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional

- Problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial
- Respuestas a los tratamientos administrados
- Evolución longitudinal del ^a:
 - Crecimiento y estado nutricional ^b (ver apartado 2.2.A.)
 - Desarrollo psicomotor/neuromadurativo ^c (ver apartado 2.2.B.)
 - Adecuada administración de inmunizaciones ^d (ver apartado 2.2.C. y Tablas 28 a 29)
 - Adaptación, tolerancia y efectos positivos o negativos de la nueva alimentación (ver apartado 2.2.B.)
- Evolución del desarrollo:
 - Puberal ^e (ver apartado 2.2.A.)
 - Visión/Audición (ver apartado 2.2.D.)
 - Dentición (ver apartado 2.2.E.)
 - Afectivo-emocional (ver apartado 2.2.G.)
 - Comportamiento (ver apartado 2.2.G.)
 - Lenguaje (ver apartado 2.2.G.)
 - Social/Escolar (ver apartado 2.2.G.)
 - Posible aparición problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos

a. Observando si se produce la recuperación esperada de los retrasos existentes.

b. Utilizar gráficas de crecimiento y estándares nutricionales españoles.

c. Test de Denver o Haizea-Lleuant.

d. En los niños menores de 18 meses, y en los mayores de 18 meses sin certificado oficial de inmunizaciones o con certificado no fiable, se recomienda administrar todas las vacunas (calendario acelerado), con independencia de las que se hayan administrado en su país de origen. A todos los niños se les administrarán las vacunas pertinentes para adecuar sus inmunizaciones al calendario oficial vigente de la comunidad adoptiva o al recomendado por la Asociación Española de Pediatría.

e. Especialmente en niñas adoptadas por encima de los 4 años de edad procedentes de India, sudeste de Asia y Latino América.

Fuente: G. Oliván Gonzalvo, M. de Aranzábal Agudo, V. Fumadó Pérez, M. García López-Hortelano, A. Hernández Merino

Con independencia de que los profesionales que realizan el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional puedan ser los mismos que realizan el seguimiento de otros niños inmigrantes, ya que habitualmente suelen ser los profesionales más experimentados en este campo, se considera que no se debería incluir en la misma categoría a los niños adoptados en el extranjero con los niños inmigrantes. Ni desde la perspectiva sanitaria, y tampoco desde la psicopedagógica y socioeducativa. A diferencia de los niños procedentes de adopción internacional, los inmigrantes procedentes de países en desarrollo se han socializado de forma normalizada, vienen con su familia biológica (manteniendo el idioma, cultura y costumbres), y emigran fundamentalmente por motivos económicos o políticos que afectan a sus padres e indirectamente a ellos. Los niños inmigrantes, al igual que los adoptados en el extranjero, por el hecho de proceder de países en desarrollo pueden presentar problemas de salud por la existencia de enfermedades infecciosas endémicas, problemas de salud ambiental, e inadecuado cuidado médico preventivo y/o terapéutico de sus enfermedades. Sin embargo, los inmigrantes no van a presentar problemas de salud física o mental relacionados con los factores de riesgo previos y causantes de una institucionalización y, desde luego, ningún problema relacionado con la experiencia de una institucionalización más o menos prolongada, ni las secuelas o los trastornos que pueden surgir en los niños post-institucionalizados. Tampoco tendrán problemas de vinculación y adaptación a una nueva familia, como puede ocurrir en los adoptados. Todas estas características diferenciales entre un niño inmigrante y un adoptado en el extranjero, son las que hacen que éstos últimos sean considerados de mayor riesgo sociosanitario y que precisen de un control y seguimiento de tipo multidisciplinar y más duradero en el tiempo.

2.2.A. Evaluación y seguimiento del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal

Aunque en un primer momento, en el caso de que se dispongan y sean actuales, se pueden utilizar gráficas de crecimiento específicas del país de origen del menor o las elaboradas por la Organización Mundial de la Salud o por la National Health and Nutrition Examination Survey-2000 (CDC Growth Charts, United States), la experiencia clínica obtenida en los últimos años nos indica que pueden utilizarse las gráficas de crecimiento y los estándares nutricionales de nuestro país desde, o a partir de, la primera evaluación clínica.

Si las medidas de los parámetros antropométrico-nutricionales del niño adoptado se encuentran dentro de los estándares españoles de referencia, entonces son apropiadas.

Si la puntuación de medida de dichos parámetros es inferior a 2 desviaciones estándar y no se observa en los 6 primeros meses un crecimiento recuperador, debe ser evaluado para descartar otros problemas médicos, especialmente en los niños adoptados por debajo del año de edad. En los adoptados por encima del año de edad, y dependiendo del grado de retraso de crecimiento previamente existente, el crecimiento recuperador de la talla y del perímetro cefálico puede tardar más tiempo.

Hay que tener presente que existe una alta correlación entre el retraso de peso, talla y perímetro cefálico y la existencia de problemas médicos: cuanto más bajos son aquellos, se observan más problemas médicos y más graves.

Al valorar el estado de nutrición hay que investigar si existen problemas o intolerancias con la alimentación.

El adecuado crecimiento de la cabeza en los primeros 3 años de vida es un buen indicador de un normal crecimiento y desarrollo del cerebro. Existe una alta correlación entre la microcefalia (perímetro cefálico inferior a 2 desviaciones estándar) y la existencia de problemas neurológicos y retraso mental.

Además, el perímetro craneal es un indicador inespecífico de malnutrición intrauterina y durante la primera infancia. Por tanto, su crecimiento recuperador es un dato favorable de la ulterior evolución del desarrollo psicomotor y neuromadurativo.

Es necesario tener presente la evolución del desarrollo puberal en función de factores raciales con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad precoz. Con relativa frecuencia se han observado casos de pubertad adelantada en niñas adoptadas por encima de los 4 años de edad procedentes de India, sudeste de Asia y Latino América. Sin embargo, los casos de pubertad precoz verdadera son poco frecuentes.

Valoración nutricional

La malnutrición aparece en el 20 % de estos niños, ya que la nutrición es uno de los puntos más afectados no sólo por la situación socioeconómica, sino por la cultura, el clima o la religión.

La malnutrición puede deberse a deprivación afectiva y emocional, a insuficiente cantidad o calidad del alimento o a mala técnica de administración.

Para evaluar el estado de nutrición se han utilizado diversos métodos complejos de encuesta y sofisticadas fórmulas pero en la mayoría de los casos incluso desde lactante puede ser suficiente el *Índice Nutricional de Waterlow* (IN):

- $IN = (\text{Peso real} \times \text{talla } P_{50}) / (\text{Peso } P_{50} \times \text{talla real}) \times 100$, [Peso en kg, talla en cm].

Si el índice es mayor del 90 %, normal; entre el 80 y el 89 %, malnutrición leve; entre el 70 y el 79 % malnutrición moderada, y menos del 70 %, malnutrición grave.

Cuando el niño es muy pequeño, lactante, se puede usar esta otra fórmula:

- Perímetro braquial (en tercio medio del brazo no dominante)/Perímetro craneal

En este caso un resultado mayor de 0,36 sería un niño obeso; menos de 0,31, malnutrido (leve, moderado, grave), y de 0,31 a 0,36, normal.

Pero quizá la fórmula más utilizada sea el peso para la talla:

- $\text{Peso real} \times 100 / \text{Peso de un niño normal para la misma talla}$

En la cual, si el déficit ponderal para la talla es del 10 al 15% la malnutrición será leve; si lo es del 15 al 25%, moderada, y si es mayor del 25%, grave.

Si no hay sospecha de malnutrición se pueden utilizar las gráficas habituales de cada país o comunidad autónoma.

Si los niños son malnutridos o con retraso de peso y talla, deben añadirse al análisis ya descrito, proteínas totales, perfil tiroideo, anticuerpos antigliadina y antiendomiso. Sólo en casos concretos o según evolución, y clínica, se pedirían también ionograma, marcadores analíticos de malnutrición (prealbúmina, proteínas transportadoras de retinol y transferrina), test de sudor, etc.

No olvidar la intolerancia a la lactosa que es un problema relativamente común sea por causa genética, malnutrición o infecciones intestinales repetidas y la alergia a proteínas de leche de vaca en caso de mala ganancia ponderal, intolerancias, flatulencia o dolor abdominal.

La alimentación de estos niños -si no tienen una grave desnutrición- será equilibrada y variada introduciendo paulatinamente los alimentos y con la fórmula o leche correspondiente a su edad.

Si se trata de niños malnutridos es recomendable ir diversificando la dieta paulatinamente prestando aún más atención a posibles intolerancias y prescribir un polivitamínico por algún tiempo.

En niños chinos pueden aparecer otros dos tipos de problemas causados por mala calidad de nutrición: el 10% de los niños tienen función tiroidea anormal debido probablemente a dieta deficitaria en yodo y el 14% del total tienen niveles elevados de plomo en sangre por la exposición a alimentos -arroz- con alto contenido en plomo, siendo su alimento principal, y por el uso de combustibles con plomo en los automóviles y la industria.

Otros problemas de hábitos alimenticios serán descritos en el capítulo del desarrollo afectivo. Es frecuente por ejemplo la ingesta desproporcionadamente alta (*overeating*), o por el contrario el rechazo a la comida no por su sabor sino por su textura, a causa de haber recibido siempre purés y papillas o comida triturada. En este caso hay que ir espesando la comida poco a poco.

Debemos saber también que -una vez descartadas todas las patologías- algunos niños siguen teniendo heces blandas, flatulencia o ansiedad por comer durante meses.

Las secuelas de la malnutrición a largo plazo son mayores cuanto mayor haya sido el período de privación social o nutricional. Sin embargo, los estudios demuestran que la recuperación tras 3 ó 4 años de tratamiento psicoafectivo y buena alimentación es total (física y mentalmente) si la adopción fue antes de los 6 meses y casi total si fue antes de los 4 años.

Crecimiento y gráficas

Si el efecto de la pobreza, las enfermedades crónicas, el orfanato o la privación afectiva y psicosocial causan trastornos sobre la nutrición, no lo hacen menos sobre el crecimiento y el desarrollo ponderoestatural.

Incluso puede afirmarse que el peso, aunque algo por debajo de la media, permanece más estable que la talla, la cual se afecta gravemente. Y esta disminución es directamente proporcional al tiempo de estancia en el orfanato. Aparece asociación negativa entre el tiempo de institucionalización y la medida de la talla (y además, hay correlación directa entre retraso de peso, talla y PC y retraso psicomotor). La falta de crecimiento es según algunos autores de un mes de retraso por cada 5 meses y según otros por cada tres meses pasados en el orfanato.

Al mismo tiempo en todos los estudios de seguimiento se comprueba como mejoran (hasta el *catch-up* completo en muchas ocasiones) a lo largo de los años una vez situados en el nuevo hogar. También se ha observado que los inmigrantes en Estados Unidos crecen mejor que en sus países de origen. Se ha sugerido también por parte de algunos autores que hay un aumento del factor de crecimiento *insulin-like* tipo I al cambiar de hogar a los niños deprivados psicosocialmente, aunque esto está en discusión, pues el problema se centra en demostrar la independencia entre malnutrición crónica, carencia psicosocial e, incluso, en el lactante sobre todo, hipopituitarismo idiopático.

Los niños que crecen en un ambiente óptimo en cuanto a salud mental y física y a nutrición, tienen similar crecimiento, con independencia de sus antecedentes geográficos y/o genéticos.

Las diferencias entre países son cada vez más pequeñas y según expertos hay un modelo de crecimiento rígido y universal independiente de la raza y de la genética.

El niño adoptado tendrá, a partir de su llegada, una alimentación completa, un control adecuado de las enfermedades y un buen equilibrio afectivo. Por este motivo, lo interesante no es comparar estos niños con sus compatriotas en el país de origen, sino con los niños que viven en las mismas condiciones que ellos y, sobre todo, compararlos consigo mismos. Por supuesto, los nacidos en determinadas zonas de China o India serán más bajos que los de otras nacionalidades, pero probablemente pronto alcanzarán las tallas del país de acogida y, además, lo importante es observar el cambio de percentil a lo largo del tiempo y no en un momento concreto y también la concordancia de la edad ósea con la cronológica.

La OMS ha publicado recientemente un estudio longitudinal y transversal con niños que viven y se alimentan en condiciones ideales repartidos en siete lugares diferentes del mundo (Asia, África, Norte y Sudamérica y Europa) para obtener una referencia internacional única en menores de 5 años. Sin embargo lo más cómodo y eficaz sería utilizar nuestras tablas de referencia empleando una técnica de medición correcta y monitorizando de manera cuidadosa peso y talla los primeros meses y años después de la llegada para seguir el crecimiento longitudinal de cada niño con su propia gráfica de velocidad de crecimiento.

La periodicidad de los controles dependerá de la situación individual pero sería conveniente hacerlo cada 6-12 meses durante al menos los dos primeros años.

En el retraso de talla, siempre que mantengan un percentil de velocidad de crecimiento de 25 o más, una vez descartadas otras causas con el estudio de hipocrecimiento anteriormente mencionado y siempre que la edad ósea sea acorde con la cronológica (puede estar retrasada en los casos de malnutrición o privación social), se sugiere esperar de 12 a 18 meses antes de enviar al endocrinólogo, ya que casi todos estos niños realizan el *catch-up* durante el primer año en el nuevo país.

2.2.B. Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor y neuromadurativo

Para evaluar el desarrollo psicomotor y neuromadurativo utilizaremos el Test de Denver (0-6 años) o el Test Haizea-Llevant (0-5 años). Estas pruebas valoran el grado de desarrollo de las áreas manipulativa (motricidad fina), postural (motricidad gruesa), del lenguaje y psicosocial. Durante la primera visita pediátrica puede realizarse una evaluación preliminar, pero estos test deben aplicar-

se 1 o 2 meses tras su llegada y repetirse a los 6 meses, momento en que será más representativo del nivel del niño. En esta segunda evaluación, si el niño muestra un retraso mayor al transicional esperado –se estima que por cada 3-5 meses de estancia en un orfanato se produce un retraso del desarrollo psicomotor de 1 mes– o no se ha producido una mejoría en el área o áreas retrasadas –los problemas motores son los primeros en resolverse–, especialmente si tiene más de 1 año, o si existe ansiedad parental, debe remitirse a un servicio de estimulación precoz. En la mayoría de los casos el retraso psicomotor, tras la estimulación adecuada, se recupera en 1 año.

Existe una alta correlación entre el retraso de desarrollo psicomotor, especialmente el motórico grueso y fino, y el retraso de peso, talla y perímetro cefálico. Cuanto más severo es el retraso psicomotor, más bajos son el peso, la talla y el perímetro cefálico. Existe también una alta correlación entre la presencia de problemas médicos serios y el retraso de desarrollo psicomotor. Cuanto más problemas médicos y más severos, mayor es el grado de retraso motor grueso y fino, cognitivo y del lenguaje, y como se ha dicho, más bajos son el peso, la talla y el perímetro cefálico.

A la hora de evaluar el desarrollo psicomotor, hay que tener presente la confirmación o sospecha de si el niño fue prematuro. La presencia de un retraso evidente del desarrollo psicomotor, especialmente si se asocia microcefalia, obliga a analizar criterios clínicos diagnósticos de síndrome alcohólico fetal y a realizar estudio serológico para descartar infección congénita por rubéola, toxoplasmosis, sífilis o citomegalovirus. La asociación de macrocefalia, obliga a descartar infección congénita por toxoplasmosis y, sobre todo, hipotiroidismo.

2.2.C. Evaluación, seguimiento y actualización del estado de inmunización

Deben revisarse las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de la comunidad adoptiva. El objetivo es que estos niños alcancen el mismo nivel de inmunizaciones que los demás niños de nuestro medio según su edad en el menor plazo de tiempo posible.

Las carencias de los niños adoptados en el extranjero en el campo de las inmunizaciones vienen determinadas por tres hechos:

- Un gran número de estos niños proceden de países de renta baja (PRB) en los que los objetivos básicos de OMS/UNICEF (que todo niño reciba al menos tres dosis de vacunas DTP y anti-polio y una de la vacuna anti-sarampión en el primer año de vida) pueden no cumplirse con regularidad.
- Estos niños proceden de los grupos sociales más desfavorecidos de estos países. Los estados no siempre garantizan las inmunizaciones mínimas a los niños institucionalizados. En algunos casos las vacunas administradas pueden no haber sido conservadas y manipuladas adecuadamente, lo que podría afectar a su capacidad inmunógena.
- Los registros vacunales que aportan estos niños no siempre son comprensibles ni veraces, cuando los tienen.

No obstante, hay que tener en cuenta que hay grandes diferencias entre los distintos países de origen de los niños adoptados; en algunos países las autoridades sí suelen cubrir las necesidades básicas de los niños institucionalizados en cuanto a las inmunizaciones básicas (la mayoría de los países sudamericanos).

Registros vacunales

- Debe considerarse que un registro vacunal es correcto y veraz cuando conste de forma clara las vacunas que ha recibido el niño y las fechas en que fueron administradas.

- Si no se tiene una constancia clara de que una vacuna o varias vacunas han sido administradas, no existe un registro escrito o éste es confuso o impreciso, se debe considerar que las vacunas no han sido administradas, por lo que se actuará en consecuencia descartando este antecedente.
- Debe comprobarse que los intervalos entre dosis de la misma vacuna sean mayores de 1 mes, y debe considerarse el número total de dosis recibidas y no tenerse en cuenta si han transcurrido periodos de tiempo prolongados entre dosis.

En un 43-65% de los casos, especialmente Rusia y China, no reciben certificados oficiales de vacunación. Los expedidos en América Latina, India y Vietnam son, en principio, veraces. Los procedentes de Europa del este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si se refieren a niños de orfanatos, dándose casos de administrar vacunas con calendario incorrecto (antes o después de lo que corresponde o con intervalos entre vacunas muy cortos) -se ha observado que hasta en un 5% de los casos se certifica la administración de una o más vacunas antes de la fecha en que nació el menor-, o incompleto (hasta un 33% de los casos para polio, 41% para DTP y 71% para hepatitis B).

A la hora de actualizar las inmunizaciones de un niño adoptado internacionalmente debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Vacuna triple vírica (TV). En la mayoría de los PRB usan la vacuna anti-sarampión a los 9 meses de edad o TV antes del año de edad. En ambos casos no debe tenerse en cuenta este antecedente y vacunar con TV según las pautas recomendadas en nuestro medio.
- Vacunas *anti-Haemophilus influenzae* tipo b, anti-meningococo C y anti-neumococo conjugadas, vacuna anti-varicela. Pocos niños habrán recibido estas vacunas, por lo que deberá valorarse su necesidad en cada caso (la vacuna antimeningococo C conjugada en niños de cualquier edad, la vacuna anti-varicela en mayores de 1 año, y las vacunas anti-Hib y anti-neumococo conjugadas en los menores de 5 años de edad).
- La vacunación frente a la Hepatitis B (HB) en hijos de madres portadoras de HBsAg se realiza muchas veces pasada la primera semana de vida, lo que no previene la transmisión vertical del virus y obliga a investigar este hecho en los niños para descartar si son portadores crónicos del virus de la hepatitis B. Se recomienda investigar esto realizando serología de HB (HbsAg, anti-HBs y anti-HBc) en todos los casos, aunque en el documento vacunal conste haber recibido tres dosis de vacuna. Este dato puede servir de indicador de la veracidad de los registros vacunales.
- La vacuna de la BCG es administrada al nacimiento a la mayoría de los niños que provienen de PBR. Este dato se puede comprobar buscando la escara o cicatriz cutánea a nivel del deltoides, y tiene su importancia a la hora de interpretar el resultado de la prueba de tuberculina.

También hay que tener presente que algunos niños pueden no haber desarrollado una respuesta adecuada a todas o algunas de las vacunas administradas por padecer condiciones como malnutrición que conllevan una disminución de la capacidad de respuesta inmunológica.

Algunos de estos niños pueden haber recibido otras vacunas, no sistemáticas en nuestro medio, como las de la Hepatitis A, Fiebre amarilla, anti-Meningocócica polisacáridica A+C o tetravalente y Encefalitis japonesa. Estos antecedentes en general no afectan a las pautas vacunales a realizar en nuestro medio, salvo en los casos en los que hay que procurar un intervalo de tiempo mínimo antes de proceder a otra vacunación (4-8 semanas entre la vacuna antimeningococo polisacáridica y la conjugada, y entre la vacuna contra la Fiebre amarilla y cualquier otra vacuna, en el orden mencionado). En la Tabla 28 se muestra el número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño correctamente inmunizado, y en la Tabla 29 las pautas de actualización vacunal en niños no vacunados o inmunizados de forma incompleta.

Como norma general, cualquier pauta o recomendación debe individualizarse y adaptarse a las condiciones particulares de cada niño. El objetivo es que el niño alcance en el menor plazo posible el estatus vacunal de cualquier niño del entorno. Hay diversas fuentes donde consultar los calendarios vacunales en los países de procedencia de niños adoptados internacionalmente.

Tabla 28. Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado (según la edad de evaluación y la del comienzo de la vacunación)

Edad	DTPa	VPI ^a	HB	Hib	MenC	TV	Var	VNC7v
2 meses a 2 años	1 a 4	1 a 4	1 a 3	1 a 4 ^b	1 a 3 ^c	1 ^d	1 ^d	1 a 4 ^e
2 a 6 años	4 a 5 ^f	4 ^g	3	1 ^h	1	2 ⁱ	1 ^d	1 ^e
7 a 18 años	3 (Td/dTpa)	3	3		1	2 ⁱ	1-2 ^j	

- a. Vacuna anti-poliomielitis; considerar válidas indistintamente vacunas VPI y VPO.
- b. Según la edad de comienzo: antes de los 7 meses, 4 dosis (3 dosis con 1-2 meses de intervalo y la cuarta a los 18 meses); de 7 a 11 meses, 3 dosis (2 dosis con 1-2 meses de intervalo y la tercera a los 18 meses); de 12 a 24 meses, 2 dosis (con un intervalo de 2 meses).
- c. Según la edad de comienzo: antes de los 7 meses, 3 dosis (1-2 meses de intervalo); de 7 a 11 meses, 2 dosis (1-2 meses de intervalo); más de 12 meses, 1 dosis. En caso de usar la vacuna conjugada con toxoide de *Clostridium tetanii* la pauta es 2 dosis en menores de 1 año y 1 dosis en mayores. La AEP recomienda una dosis de refuerzo en el segundo año de vida (al menos 2 meses después de la dosis anterior) a los que empezaron a vacunarse antes del año de edad.
- d. A partir del año de edad según recomendaciones de la AEP si no antecedente previo de la enfermedad (según recomendaciones del CIT del SNS, 1 dosis entre los 10 y 14 años de edad si antecedente negativo de la enfermedad).
- e. (Recomendación de la AEP) Según la edad de comienzo: antes de los 7 meses, 4 dosis (3 dosis con 1-2 meses de intervalo y la cuarta en el segundo año); de 7 a 11 meses, 3 dosis (2 dosis con 1-2 meses de intervalo y la tercera en el segundo año); de 12 a 23 meses, 2 dosis (intervalo de 1-2 meses); de 2 a 5 años, 1 dosis.
- f. La quinta dosis no es necesaria si la cuarta se pone después de los 4 años de edad.
- g. La cuarta dosis no es necesaria si la tercera se pone después de los 4 años de edad.
- h. Una dosis antes de los 6 años de edad.
- i. Segunda dosis después de los 3 años de edad, y al menos 1-2 meses después de la primera dosis.
- j. Según recomendaciones del CIT del SNS, 1 dosis entre los 10 y 14 años de edad si antecedente negativo de la enfermedad y no vacuna previa. Desde los 13 años de edad, si antecedente negativo de la enfermedad, no vacuna previa y seronegatividad, dos dosis con un intervalo de 6-8 semanas (mínimo 4 a 6 semanas según vacuna usada).

Intervalos entre dosis de la misma vacuna: óptimo de 6 a 8 semanas, mínimo 4 semanas. Las dosis de refuerzo de 6 a 12 meses después de la última dosis de la primovacuna.

Considerar no válidas dosis administradas antes de las 4 semanas de la anterior dosis de una misma vacuna.

Considerar válidas todas las dosis aunque los plazos entre dosis hayan sido mas prolongados que los señalados.

AEP (Asociación Española de Pediatría); CIT del SNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud); DTP (vacuna contra la difteria, tétanos y pertussis de células enteras); DTPa (vacuna contra la difteria, tétanos y pertussis acelular); dTpa (vacuna contra la difteria adultos, tétanos y pertussis de adulto); HB (vacuna anti-hepatitis B); Hib (vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada); MenC (vacuna frente a *Neisseria meningitidis* serogrupo C conjugada); Td (vacuna contra tétanos y difteria adulto); TV (vacuna triple vírica: sarampión, rubéola y parotiditis); VNC7v (vacuna frente a neumococo conjugada 7-valente); Var (vacuna anti-varicela); VPI (vacuna anti-polio parenteral inactivada); VPO (vacuna anti-polio oral atenuada).

Fuente: A. Hernández Merino

Tabla 29. Pautas de vacunación recomendadas para niños no vacunados (según la edad).

Edad	Primera visita	Meses contados desde la primera visita			
		2	4	6	12
2 a 6 meses ^a	DTPa ^b VPI Hib MenC ^c HB VNC7v ^d	DTPa ^b VPI Hib MenC ^c HB VNC7v ^d	DTPa ^b VPI Hib MenC ^c HB VNC7v ^d	HB	
7 a 11 meses ^e	DTPa ^b VPI Hib MenC HB VNC7v ^d	DTPa ^b VPI Hib MenC HB VNC7v ^d	DTPa ^b VPI	HB	DTPa ^b VPI Hib MenC ^f VNC7v ^d
1 a 6 años ^g	DTPa VPI Hib ^h MenC HB TV ⁱ VNC7v ^c Var ⁱ	DTPa VPI Hib ^h HB TV ⁱ VNC7v ^c	DTPa VPI	HB	DTPa VPI
De 6 a 18 años ^k	Td ^m VPI MenC HB TV Var ⁿ	Td ^m VPI HB TV Var ⁿ	Td ^m VPI	HB	

- a. Resto de vacunas según calendario (habitualmente la siguiente vacuna, la TV a los 12-15 meses de edad).
- b. Puede usarse DTP en menores de 18 meses de edad sólo si no se dispone de DTPa.
- c. En caso de usar la vacuna conjugada con toxoide de *Clostridium tetanii* la pauta incluye 2 dosis.
- d. (Recomendación de la AEP) Según la edad de comienzo: antes de los 7 meses, 4 dosis (3 dosis con 1-2 meses de intervalo y la cuarta en el segundo año); de 7 a 11 meses, 3 dosis (2 dosis con 1-2 meses de intervalo y la tercera en el segundo año); de 12 a 23 meses, 2 dosis (intervalo de 1-2 meses); de 2 a 5 años, 1 dosis.
- e. Resto de vacunas según calendario (habitualmente la siguiente vacuna, a los 4 años de edad).
- f. Según las recomendaciones de la AEP. No incluida en las recomendaciones del CIT del SNS.
- g. Resto de vacunas según calendario (habitualmente la siguiente vacuna, a los 14 años de edad).
- h. Lactantes que comienzan a los 12-15 meses de edad, pauta de 1 ó 2 dosis según vacuna usada. Si comienzan después de los 16 meses, 1 dosis.
- i. Menores de 4 años, primera dosis de TV, siguiente a los 4 años de edad (al menos 2 meses después de la primera). Con 4 o más años de edad, asegurar 2 dosis de vacuna TV con un intervalo de 2 meses (mínimo 1 mes).
- j. Según recomendación de la AEP, 1 dosis en niños a partir del año de edad, si no antecedente previo de la enfermedad. Según recomendación del CIT del SNS 1 dosis a los 10-14 años si historia previa negativa y no vacuna previa.
- k. Resto de vacunas según calendario (habitualmente la siguiente vacuna, a los 24 años de edad).
- m. Puede sustituirse por la vacuna dTpa.
- n. Una dosis hasta los 12 años de edad; dos dosis a partir de los 13 años de edad (intervalo óptimo de 2 meses, mínimo de 4 a 6 semanas según vacuna utilizada). Solo en niños sin el antecedente de la enfermedad natural (o con serología negativa si se ha realizado). Según recomendación del CIT del SNS: 1 dosis a los 10-14 años si historia previa negativa y no vacuna previa.

En niños inmunizados de forma incompleta, actualizar hasta alcanzar el número de dosis necesarias siguiendo las pautas marcadas en esta tabla. AEP (Asociación Española de Pediatría); CIT del SNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud); DTP (vacuna contra la difteria, tétanos y pertussis de células enteras); DTPa (vacuna contra la difteria, tétanos y pertussis acelular); dTpa (vacuna contra la difteria adultos, tétanos y pertussis de adulto); HB (vacuna anti-hepatitis B); Hib (vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada); MenC (vacuna frente a *Neisseria meningitidis* serogrupo C conjugada); Td (vacuna contra tétanos y difteria adulto); TV (vacuna triple vírica: sarampión, rubéola y parotiditis); VNC7v (vacuna frente a neumococo conjugada 7-valente); Var (vacuna anti-varicela); VPI (vacuna anti-polio parenteral inactivada); VPO (vacuna anti-polio oral atenuada).

Fuente: A. Hernández Merino.

2.2.D. Evaluación y seguimiento de la visión y de la audición

Debe realizarse en todos los casos, pero especialmente en lactantes y niños con antecedente de prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino, sífilis congénita, malformaciones craneofaciales, síndrome alcohólico fetal u otitis frecuentes. Durante la evaluación médica inicial o siguientes, se realizará una exploración de la agudeza visual y auditiva.

2.2.E. Evaluación y seguimiento de la dentición

El raquitismo, la malnutrición, el exceso de azúcar en la dieta, la falta de cepillado dental y la ausencia de fluoración del agua de bebida en los orfanatos, dan lugar a problemas en la dentición. Por ello, se debe evaluar la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición secundaria, especialmente en niños mayores de 18 meses.

2.2.F. Evaluación y seguimiento de la edad cronológica

En algunos países, especialmente en China, a los niños se les suele asignar una fecha de nacimiento que se corresponde con el momento en que fue abandonado, con la fecha de ingreso en el orfanato o con su apariencia física. En los casos en que existan dudas de la edad cronológica, ésta se determinará a través de la edad ósea (radiografía de mano izquierda y atlas de Greulich-Pyle), la edad dental (dentograma, ortopantomografía), la edad de desarrollo psicomotriz (test de Denver/test Haizea-Llevant en menores de 6 años) y la edad de desempeño escolar y madurez social (psicopedagogo). Debe realizarse a la llegada y 12 meses después de la adopción (periodo de transición adecuado para la evaluación formal de la edad cronológica).

2.2.G. Seguimiento del desarrollo afectivo-emocional, del comportamiento, del lenguaje y de la adaptación social

En lo que concierne al desarrollo afectivo-emocional y a la prevención de posibles problemas o trastornos de vinculación y del comportamiento (alimentación, sueño y conducta), se debe aconsejar que desde el primer contacto con el niño, los padres le ofrezcan cariño y entrega, pero que tengan paciencia, sean prácticos y eviten el estrés.

Vinculación afectiva

Respecto a la vinculación afectiva, en los primeros momentos, es frecuente que los padres estén preocupados por un comportamiento poco afectivo de su hijo. Deben tener presente que el niño puede no asimilar el cariño, porque nunca antes lo había recibido o porque su área cognoscitiva no lo percibe con claridad, lo que provoca una reacción de "actitud defensiva". Los padres deben ser conocedores y estar preparados para esta potencial experiencia provocativa del menor. Solo cuando esta "actitud defensiva" del niño se prolonga en el tiempo, es decir, se sospecha un trastorno reactivo de vinculación, se hace necesaria una evaluación por expertos de equipos de ayuda postadoptiva.

Trastornos de la alimentación

En niños recién llegados procedentes de adopción internacional. Los trastornos en la alimentación son uno de los problemas del comportamiento más frecuentemente observados. Hasta un tercio de los niños, especialmente los procedentes de orfanatos, presentan problemas con la alimentación caracterizados por comer demasiado, acaparar y esconder alimentos, tragar sin masticar, malos modales al comer, rechazar alimentos por sus texturas –especialmente los sólidos– u olores, elegir dietas repetitivas, etc. Debemos tener presente las experiencias pasadas por estos niños –muchos han pasado hambre o nunca han experimentado la sensación de saciedad, o han aprendido conductas de supervivencia para conseguir comida–. Los orfanatos no suelen ser los lugares más indicados para desarrollar unos hábitos correctos de alimentación. Estos problemas en la alimentación pueden durar algún tiempo llegando a crear tensiones en la familia. El tiempo, el afecto, junto con una introducción gradual de texturas y de nuevos grupos de alimentos ayudarán a la mayoría de los niños. En casos extremos pueden necesitar consejo o terapia profesional.

Problemas del sueño

En cuanto a los trastornos del sueño –dificultades para dormirse, pesadillas, terrores nocturnos, insomnio, sueño intranquilo, etc.–, las actitudes a tomar por parte de los padres son similares a las descritas para los problemas de alimentación, es decir, paciencia, cariño, introducción gradual de reglas y tiempo. De esta forma en pocas semanas o meses dichos trastornos habrán desaparecido espontáneamente. Si no es así, puede ser necesaria una evaluación por los expertos antes citados.

Alteraciones del desarrollo en el lenguaje

En cuanto al desarrollo del lenguaje, la mayoría de los niños adoptados en el extranjero aprenden rápidamente a comunicarse en el nuevo idioma de los padres y a manejarse en el lenguaje cotidiano. Sin embargo, un importante número de estos menores, que aumenta con la edad de la adopción –especialmente a partir de los 4 años–, tiene dificultades en el lenguaje de tipo académico y abstracto. Estas dificultades inicialmente inciden en sus resultados escolares, pero posteriormente puede afectar en su adecuada integración social.

Hay que tener presente que, a diferencia de los niños de familias inmigrantes en los que la segunda lengua es agregada a sus habilidades sin peligrar el empleo de su lengua materna –modelo aditivo–, en la mayoría de los niños adoptados internacionales la adquisición de la segunda lengua se hace según el modelo privativo, es decir, la lengua materna se extingue rápidamente –habitualmente dentro del primer año– y la nueva lengua se asume. A esto hay que añadir que en la mayoría de los niños post-institucionalizados presentan un retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje materno, lo que dificulta el aprendizaje de su nuevo idioma y provoca retraso escolar. Las estrategias para la detección de los retrasos y trastornos del desarrollo del lenguaje también deben ser consideradas en el contexto sanitario, aunque sean primordiales el contexto familiar y escolar. Cuando haya transcurrido un tiempo prudencial tras su llegada a nuestro país, si a instancia de la familia o de la escuela se solicita al pediatra recursos de evaluación diagnóstica o terapéuticos, éstos deben ser facilitados con prontitud derivándolo a los profesionales del área de salud mental o de la psicopedagogía adecuados.

Problemas de adaptación social-escolar

Referente a los problemas de adaptación social, en particular en cuanto a su integración escolar, de la misma forma que se pueden producir problemas de adaptación en el nuevo hogar, también pueden ocurrir en la escuela. De hecho, estos problemas se observan con mayor frecuencia en niños adoptados por encima de los 4 años de edad. Estas situaciones de inadaptación escolar tienen varias causas, entre ellas los comportamientos adquiridos durante la institucionalización (ais-

lamiento y autoprotección], a retrasos en la adquisición y desarrollo de la lengua, a déficits cognoscitivos o trastornos de la conducta antes mencionados. Si a esto le sumamos un diferente sistema de escolarización, la integración escolar será un reto para un importante porcentaje de estos niños. Por ello, se aconseja que la introducción, en el sistema escolar, sea gradual y progresiva, según las características de cada niño. Enviar un menor post-institucionalizado inmediatamente tras la llegada al domicilio a la escuela puede ser fuente de problemas de integración social. Se recomienda que en cuanto se detecten los primeros dificultades de adaptación escolar se tomen medidas de apoyo pedagógico, logopédico y/o psicológico. Solo cuando estos problemas se prolongan en el tiempo se hace necesaria una evaluación profunda y específica por expertos en la psicopedagogía.

En las Comunidades donde se hablan varios idiomas, estos niños pueden tener un periodo de adaptación mayor al nuevo lenguaje sin existir alteración.

Trastornos de la conducta

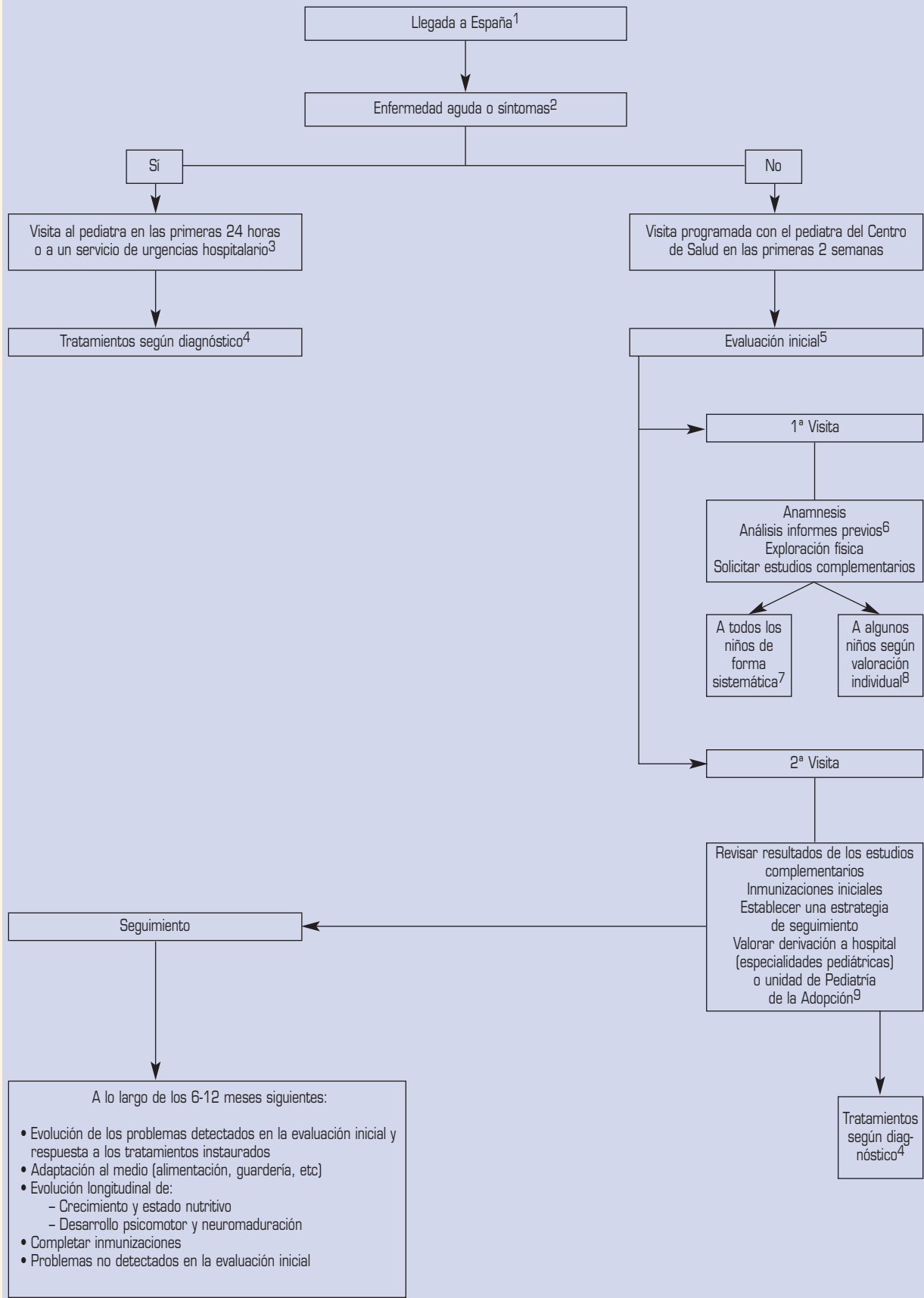
Son numerosos los estudios que coinciden en afirmar que hay una mayor tendencia en los niños post-institucionalizados procedentes de adopción internacional, especialmente en los adoptados con más de tres años de edad, en mostrar trastornos de conducta de tipo externalizante, como la hiperactividad y las conductas oposicionales, desafiantes, agresivas o transgresoras de los límites y normas. Estas conductas son difíciles de manejar y ponen a prueba la resistencia psicológica y física de los padres. Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, son conductas y habilidades aprendidas y entrenadas en los lugares de origen y que les han sido útiles para sobrevivir. Por ello habrá que ayudar al niño a que vaya conociendo nuevas conductas y entendiendo cuáles han dejado de ser necesarias, ofreciéndole un entorno claro, respetuoso y regulado y, cuando esto no es suficiente, acudir a la atención profesional adecuada.

Graves trastornos emocionales y psicopatológicos, síndrome del niño post-institucionalizado

Finalmente, hay que tener presente que algunos niños pueden presentar graves trastornos emocionales y psicopatológicos. En aquellos niños con una historia de institucionalización prolongada, que han sufrido malos tratos y/o que han sido adoptados por encima de los 6 años de edad, se puede observar el denominado "síndrome del niño post-institucionalizado". Este síndrome está originado por la confluencia de diversos factores negativos en edades muy tempranas, como carencias en la alimentación, afectividad, cuidados, supervisión, estimulación sensoriomotora y atención sanitaria. En niños más mayores, se añade la carencia de experiencias educativas. Esta entidad se puede manifestar por la presencia conjunta de trastornos de conducta, trastornos del sueño, trastorno reactivo de vinculación, retraso global o de áreas específicas del desarrollo psicomotor, dificultades de aprendizaje, déficits cognoscitivos y retrasos del lenguaje. Los casos más graves pueden manifestar, además, trastorno de estrés post-traumático, trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad y trastorno de depresión mayor. Hay que tener presente que, en un número significativo de estos menores, las manifestaciones clínicas del "síndrome del niño post-institucionalizado" pueden estar enmascaradas o agravadas por la existencia de trastornos del neurodesarrollo debidas a una exposición prenatal al alcohol u otras sustancias y a una intoxicación crónica por plomo o pesticidas por exposición ambiental postnatal.

En resumen, en aquellos niños procedentes de adopción internacional en los que se observen problemas o trastornos de vinculación, del comportamiento, del lenguaje y/o de adaptación social que no mejoran, o incluso se agravan, tras los primeros meses de convivencia en la nueva familia, se deben derivar a los diferentes servicios de ayuda postadoptiva.

Algoritmo. Desarrollo de las visitas post-adopción



Notas aclaratorias al algoritmo:

1. Se recomienda haber realizado con anterioridad la visita pre-adopción.
2. Por ejemplo los siguientes casos: Fiebre, sintomatología respiratoria/gastrointestinal importante, dificultades importantes en la alimentación, etc.
3. Visitar al pediatra en las primeras 24 horas desde la llegada. En determinados casos acudir a las urgencias hospitalarias.
4. Prescripción de el/los tratamiento/s indicado/s según el/los diagnóstico/s que se establezcan.
5. La evaluación inicial podrá hacerse, en la mayoría de los casos, en dos visitas. La segunda tras la recepción de los resultados de los estudios complementarios solicitados.
6. Incluye la información generada en la visita pre-adopción y los informes pre-adoptivos.
7. Contenido de la evaluación inicial de todos los niños (Tabla 25).
8. Contenido de la evaluación inicial de algunos los niños (Tabla 26).
9. Criterios de derivación a hospital (especialidades pediátricas) o unidad de Pediatría de la Adopción:
 - Estudio y diagnóstico por sospecha de patologías concretas: filarias, esquistosomiasis, etc.
 - Sintomatología de causa no aclarada: pérdida de peso, tos prolongada, diarrea prolongada, etc.
 - Fiebre y sospecha de malaria.
 - Sospecha de tuberculosis.
 - Linfadenopatías locales o generalizadas y visceromegalias en abdomen.
 - Neuropatía sensitiva o motora.
 - Crisis comiciales y trastornos confusionales.
 - Hematuria.
 - Anemia o eosinofilia importantes de causa no clara.
 - Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos
 - Trastornos de la conducta o lenguaje no superados

2.2.H. Otras evaluaciones y seguimientos

Sobre la base de la información existente en los informes médicos del país de origen, los hallazgos clínicos y de laboratorio de la evaluación médica inicial, los controles de seguimiento evolutivo y la posible aparición de problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos, podrá ser necesario consultar o derivar a otros especialistas.

3. EL PRONÓSTICO EVOLUTIVO

La adopción internacional ha demostrado ser muy satisfactoria como medio para proteger el bienestar y el desarrollo físico, madurativo y emocional del menor de manera que los niños adoptados crecen significativamente mejor y tienen mejores resultados en inteligencia, rendimiento académico, relaciones personales y adaptación psicológica y social que los menores que crecen en ambientes de institucionalización, en situación de acogida provisional o en sus familias biológicas cuando no están comprometidas en su crianza.

Respecto a los problemas de salud física y los retrasos del desarrollo psicomotor y neuromadurativo que con mayor frecuencia se detectan en los niños adoptados en el extranjero tras su evaluación médica inicial, habitualmente se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva. En los casos con retrasos graves del desarrollo físico, psicomotor y/o neuromadurativo, su recuperación puede tardar dos o más años.

En cuanto a los problemas de salud mental, la mayoría de estos niños manifiestan trastornos afectivo-emocionales, del comportamiento y de adaptación social que desaparecen espontáneamente en las primeras semanas o meses de convivencia en el nuevo hogar. Un reciente estudio de meta-análisis para estimar los problemas de comportamiento y las derivaciones a servicios de salud mental de los niños adoptados internacionalmente comparándolos con adoptados nacionales y controles no adoptados concluyó que la mayoría de los niños adoptados internacionalmente se adaptan bien, aunque son derivados a servicios de salud mental con mayor frecuencia que los controles no adoptados. Sin embargo, los adoptados internacionales presentan menos problemas de comportamiento y son derivados con menor frecuencia a servicios de salud mental que los adoptados nacionales.

De cualquier forma, hay que tener presente que un porcentaje nada despreciable de estos niños, alrededor del 5%, presenta serios problemas de salud difícilmente recuperables o irrecurables –en muchas ocasiones no detectados, reconocidos o sospechados antes de la adopción–, entre los que destacan trastornos neurológicos y sensoriales –visión y/o audición–, anomalías congénitas prenatales, endocrinopatías, hemoglobinopatías, infecciones por los virus de la hepatitis B o C, síndrome alcohólico fetal, trastornos globales y severos del desarrollo neuromadurativo y trastornos psicopatológicos característicos del “síndrome del niño post-institucionalizado”. La existencia de estos problemas puede provocar en algunas familias situaciones de inadaptación.

Las investigaciones han demostrado que, por lo general, el proceso de convertirse en padres e hijos en adopción internacional es exitoso y la mayoría de las familias y de los menores lo viven con satisfacción tras un periodo de acoplamiento inicial. Pero esto no quiere decir que dicho proceso esté exento de retos, riesgos y dificultades. En ocasiones esta integración no llega a producirse y la convivencia llega a ser insoportable para los miembros de la familia. Se estima que un 10% de las familias adoptivas no están adaptadas a la nueva situación y que entre un 1-2% de las adopciones internacionales se rompen, porcentaje que se triplica cuando el niño era mayor de 6 años en el momento de ser adoptado. En países con más experiencia en adopción internacional que el nuestro se relata que un porcentaje importante de menores, al llegar a la adolescencia, son ingresados en instituciones residenciales a causa de sus especiales problemas y de la incapacidad de las familias para controlarlos. Este aspecto es muy preocupante y debe ser motivo de seguimiento y estudio en los niños adoptados en nuestro país. Si para la familia la ruptura de la adopción es un fracaso enormemente doloroso que supone la frustración de muchas esperanzas y deseos, para el menor que ha perdido todos sus referentes y, de una manera u otra, es de nuevo rechazado, es una experiencia que marcará de forma negativa todo su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aspectos generales

- Aronson J. Medical evaluation and infectious considerations on arrival. *Pediatr Ann.* 2000;29:218-23.
- Aronson J. HIV in internationally adopted children. Washington: Joint Council for International Children's Services; 2002.
- Bledsoe JM, Johnston BD. Preparing families for international adoption. *Pediatr Rev.* 2004;25:242-50.
- De Aránzabal Agudo M. Adopción internacional; datos interesantes, visita preadoptiva, postadoptiva y seguimiento. Grupo de Trabajo en Inmigración, Adopción y Cooperación internacional, Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria [sitio en Internet] [actualizado el 27 de octubre de 2000; consultado el 4 de diciembre de 2005]. Disponible en www.avpap.org/gtinmigracion.htm
- Diamond GW, Senecky Y, Schurr D, et al. Pre-placement screening in international adoption. *Isr Med Assoc J.* 2003;5:763-6.
- Faber S. Behavioral sequelae of orphanage life. *Pediatr Ann.* 2000;29:242-8.
- Fumadó V. Atenció a l'infant adoptat en altres països. *Pediatría Catalana* 2002;62:81-6.
- Groza V, Ryan SD, Cash SJ. Institutionalization, behavior and international adoption: predictors of behavior problems. *J Immigr Health.* 2003;5:5-17.
- Hostetter MK, Johnson D. Medical examination of the internationally adopted child: screening for infectious diseases and development delay. *Postgrad Med.* 1996;94:70-72, 75-77, 81-82.
- Hostetter MK. Infectious diseases in internationally adopted children: the past five years. *Pediatr Infect Dis J.* 1998;17:517-8.
- Jenista JA, Chapman DD. Medical problems of foreign-born adopted children. *Am J Dis Child.* 1987;141:298-302.
- Jenista JA. Infectious Disease and the Internationally Adopted Child. *Current Opin Infect Dis.* 1993;6:576-83.
- Johnson D. Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Annals.* 2000;29(4):234-41.
- Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. *JAMA.* 2005;293:2501-15.
- McGuinness TM, McGuinness JP, Dyer JG. Risk and protective factors in children adopted from the former Soviet Union. *J Pediatr Health Care.* 2000;14:109-16.
- Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:40-4.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr.* 2001;55:135-140.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción Internacional (5ª ed.). *Guías Clínicas en Atención Primaria*, 2003. *Fisterra.com* [En línea]. Disponible en www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm
- Oliván Gonzalvo G. Comparecencia ante la Comisión Especial sobre la Adopción internacional del Senado de España. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;20:675-82.

- Palacios J, Sánchez Y. Niños adoptados y no adoptados: un estudio comparativo. *Anuario de Psicología*. 1996;71:63-85.
- Proos LA, Hofvander Y, Wennqvist K, Tuvemo T. A longitudinal study on anthropometric and clinical development of Indian children adopted in Sweden. II. Growth, morbidity and development during two years after arrival in Sweden. *Ups J Med Sci*. 1992;97:93-106.
- Sonogo M, García Pérez J, Pereira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(13):489-91.
- UNICEF. *Children on the Brink 2004. a joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF; 2004.
- WHO. *The world health report 2005 –make every mother and child count* [En línea] [Fecha de consulta 08/06/2005]. Disponible en www.who.int/whr/2005/en/.
- WHO. *Countries* [En línea][Fecha de consulta 02/09/2005]. Disponible en www.who.int/countries/en/.
- WHO. *Communicable Disease Surveillance & Response (CSR)* [En línea][Fecha de consulta 07/06/2005]. Disponible en www.who.int/csr/en/.

Rusia y países del este de Europa

- Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *JAMA*. 1997;278:922-4.
- Boone JL, Hostetter MK, Weitzman CC. The predictive accuracy of pre-adoption video review in adoptees from Russian and Eastern European orphanages. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003;42:585-90.
- Fries AB, Pollak SD. Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. *Dev Psychopathol*. 2004;16:355-69.
- Grönlund MA, Aring E, Hellström A, Landgren M, Strömland K. Visual and ocular findings in children adopted from eastern Europe. *Br J Ophthalmol*. 2004;88:1362-7.
- Human Rights Watch. *Abandoned to the State: cruelty and neglect in Russian orphanages*. New York: Human Rights Watch; 1998. [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en <http://hrw.org/reports98/russia2/>
- Johnson DE. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation. In: Nelson C, editor. *The effects of early adversity on neurobehavioral development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 113-62.
- Johnson DE, Miller LC. The Health of Children Adopted from Romania. *JAMA*. 1992;268(24):3446-51.
- Judge S. Developmental recovery and deficit in children adopted from Eastern European orphanages. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2003;34:49-62.
- Massey SM. Russia's maternal & child health crisis: socio-economic implications and the path forward. *Policy Brief*. 2002;1:1-7.
- Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. *Rev Neurol*. 2003;37:1009-13.

China y sudeste de Asia

- Dagan MB, Harbottle L. The growth and nutritional status of healthy Asian children aged 4-40 months living in Sheffield. *Brit J Nutrition*. 1996;76(2):183-97.
- Johnson DE, Traister M, Iverson S, Dole K, Hostetter MK, Miller LC. Health status of US adopted Chinese orphans. *Pediatr Res*. 1996;39:135A.
- Miller L, Hendrie N. Health of Children Adopted From China. *Pediatrics*. 2000;105(6):e76 [En línea] [Fecha de consulta 22/02/2005]. Disponible en www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76.
- My Lien N, Katchadurian K, Winick M. Early malnutrition and "late" adoption: a study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families. *Am J Clin Nutr*. 1977;30:1734-9.

Latinoamérica

- Johansson-Kark M, Rasmussen F, Hjern A. Overweight among international adoptees in Sweden: a population-based study. *Acta Paediatr*. 2002;91(7):827-32.
- Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics*. 2005;115(6):e710-17 [En línea] [Fecha de consulta 22/02/2005]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org>
- Organización Panamericana de Salud. Situación de la salud en las Américas, Informes básicos 2004. OPS [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf
- Real Rodríguez B, Cortes Rico O, Montón Álvarez JL. Patología del niño inmigrante Latinoamericano. *AEPap* [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en www.aepap.org/inmigrante/realidadlat.htm
- Salvatella Agrelo R, Pinto Dias JC, Calegari L, Bulla Fernández D, Rosa R, Basmadján Y, y cols. Curso Virtual de Capacitación Médica en Diagnóstico, Manejo y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. MSF [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en www.msf.es/curso_chagas
- Villa Villanueva L, Escribá JM, Parreño Rodríguez F. Resultados del tratamiento de la enfermedad de Chagas en menores de 15 años en el proyecto de Médicos Sin Fronteras en Tarija (Bolivia). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:S61-76 [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en www.pap.es

Subcontinente Indio

- Hosono S, Okazaki M, Kagimoto S, Ogawa K, Matunaga K, Oishi T, et al. An evaluation of infants' growth in the Kingdom of Nepal. *Acta Paediatr Jap*. 1998;40:350-5.
- Proos LA, Hofvander Y, Tuvemo T. Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden. *Acta Paediatr Scan*. 1991;80:852-8.
- Smith-García T, Brown JS. The health of children adopted from India. *J Community Health*. 1989;14(4):227-40.

África

- Fumadó V. Problemas asistenciales en la atención médica a niños de otras etnias. En: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría*. Madrid: Ergón; 2001. p. 138-45.
- Powell GM, Morreira S, Rudd C, Ngonyama PP. 1994 Child Welfare Policy and Practice in Zimbabwe. Zimbabwe: UNICEF; 1994.

El viaje y la estancia en el extranjero

- Aronson J. Internacional Pediatric Health Services. Preparing for international travel. OrphanDoctor [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en www.orphandoctor.com/services/travel/index.html
- Kain K, Jong E. Malaria Prevención. In: Jong E, McMulle R, editors. The Travel and Tropical Medicine Manual (ed. 3). Philadelphia: Saunders; 2003. p. 52-74.
- López-Vélez R. Malaria y viajes internacionales. Madrid: López-Vélez R, ed; 2002.
- López-Vélez R. Vacunación pediátrica en los viajes internacionales. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en Pediatría 2005. 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 545-63.
- Mellado Peña MJ, García Hortelano M. Diarrea en el niño inmigrante. Diarrea del viajero. En: Alvarez Calatayud G, Mota Merini F, Manrique Martínez I, eds. Gastroenteritis aguda en Pediatría. Barcelona: EDIKAMED; 2005. p. 153-60.
- Ruiz Contreras J, Hernández Merino A. Vacunación del niño viajero. En: De Arístegui J, ed. Vacunaciones en el niño; de la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. p. 923-36.

Evaluación del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo puberal del niño adoptado

- Chinn S, Timothy C, Preece M, Rona R. Growth Charts for Ethnic Populations in U.K. Lancet. 1996;347(9004):839-40.
- Chinn S, Hughes J, Rona R. Trends in growth and obesity in ethnic groups in Britain. Arch Dis Child. 1998; 78;513-7.
- De Aranzabal Agudo M. Inmigración: Indicadores de nutrición y crecimiento. An Pediatr. 2003;58(3):236-40.
- Deborah F. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry. Pediatrics. 1996;97(4):569-78.
- Duggan MB, Harbottle L. The Growth and Nutritional Status of Healthy Asian Children Aged 4-40 Months Living in Sheffield. Brit J Nutr. 1996;76(2):183-97.
- Nieves-Rivera F, Gonzalez de Pijem L, Mirabal B. Reversible growth failure among Hispanic children: instances of psychosocial short stature. P R Health Sci J. 1998;17(2):107-12.
- Powell GF, Brasel JA, Blizzard RM. Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism: I. Clinical evaluation of the syndrome. N Engl J Med. 1967; 276(23):1271-8.
- Rona RJ, Chinn S. National Study on health and growth: social and biological factors associated with height of children from ethnic minority groups living in England. Ann Hum Biol. 1986;13:453-71.
- Rutter M, English and Romanian Adoptees Study Team. Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. J Child Psychiat. 1998;39(4):465-76.
- Voos LD, Mulligan J, Betts PR. Short stature at school entry-an index of social deprivation? Child Care Health Dev. 1998;24(2):145-56.

Enfermedades infecciosas y evaluación del estado de inmunización

- Abramowicz M, Zuccotti G, Rizack MA, Goodstein D. Repelentes para insectos. Medical Letter. 2003;25:49-50.

- American Academy of Pediatrics. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003 [Sitio en internet] [En línea][Fecha de consulta 30 de mayo de 2005]. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org/>
- Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, AMPap. Calendarios según edad, para niños y adolescentes mal vacunados. AEPap [Sitio en internet] [Actualizado en junio de 2005] [En línea] [Fecha de consulta 30/06/2005]. Disponible en www.aepap.org/ampap/calvacrescate.htm
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario vacunal de la AEP; recomendaciones 2005. An Pediatr (Barc). 2005;62(2):158-60.
- Corretger Rauet JM, Baraibar Castelló R. Niños no vacunados; pautas aceleradas. En: De Arístegui J, ed. Vacunaciones en el niño; De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. p. 808-9.
- Corretger Rauet JM, Vidal Tort J. Calendarios vacunales incompletos y estrategias de rescate ("catch-up"). En: De Arístegui J, ed. Vacunaciones en el niño; De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. p. 810-7.
- Farjas Abadía MP, Zubizarreta Alberdi R, Louro González A. Vacunas. Fistera [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 30/05/2005]. Disponible en www.fistera.com/Vacunas/index.asp
- Fumadó Pérez V. Vacunación en niños adoptados internacionalmente. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, eds. Vacunas 2003. Barcelona: Prous Science; 2003: p. 197-211.
- García Hortelano M. Protocolos de estudio en nuestra unidad pediátrica. Experiencia en Paludismo. MCM Pediatría. 2002;5:57-61.
- García Hortelano M, Mellado MJ, Martín P. Paludismo. An Pediatr Contin. 2005;3(4):221-8.
- García Pérez J. Vacunaciones en niños inmigrantes y adoptados. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en Pediatría 2005. 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 752-69.
- García Sicilia J. Vacunaciones en niños mal vacunados. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en Pediatría 2005. 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 742-51.
- Hostetter MK. Infectious diseases in internationally adopted children: Findings in children from China, Russia, and Eastern Europe. Adv Pediatr Infect Dis. 1999;14:147-61.
- Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). AEPap. Pediatría, Inmigración y Cooperación Internacional [Sitio en Internet] [En línea][Fecha de consulta 30 de mayo de 2005]. Disponible en www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm
- Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. Pediatr Res. 1998;43:147A.
- Miller LC. International adoption: Infectious diseases issues. Clin Infect Dis. 2005;40:286-93.
- Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunization status of internationally adopted children. Pediatrics. 2001;108:1050-1.
- Miller LC, Kelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic Prevalence of Antibodies to Helicobacter Pylori in Internationally Adopted Children. Helicobacter. 2003;8(3):173-8.
- Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gomez-Duarte C, San Gabriel P, Alonso M, et al. Prevalence of Infectious Diseases Among Internationally Adopted Children. Pediatrics. 2001;108:608-12 [En línea][Fecha de consulta 02/09/2005]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/108/3/608>
- Schulte JM, Maloney S, Aronson J, San Gabriel P, Zhou J, Saiman L. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunizations records of internationally adopted children. Pediatrics. 2002;109:E22.

Alteraciones del lenguaje en niños adoptados internacionalmente

- Bijou SW. Psychological linguistics: implications for a theory of initial development and a method for research. *Adv Child Dev Behav.* 1989;21:221-41.
- Gindis B. Language Related Issues for International Adoptees and Adoptive Families. In: Tepper T, Hannon L, Sandstrom D (Eds.). *International Adoption: Challenges and Opportunities.* Meadow Lands: Parent Network for the Post-Institutionalized Child; 1998. p. 98-108.
- Hough SD. Risk factors for speech and language development in children adopted from Eastern Europe and the former USSR. In: *International adoption: Challenges and opportunities.* Tepper T, Hannon L, Sandstrom D (eds). Meadow Lands, PA: Parent Network for the Post-Institutionalized Child; 1999. p. 108-128.
- Locke JL. A theory of neurolinguistic development. *Brain Lang.* 1997;15;58(2):265-326.



ANEXO: CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL

ALBACETE

C/ Dionisio Guardiola, 32
02003 Albacete
Tfno. 967769228/29

ALICANTE

C/ Muelle poniente, s/n
03071 Alicante
Tfno. 965019421

ALGECIRAS

Pº de la Conferencia, s/n
11207 Algeciras (Cádiz)
Tfno. 956989252

ALMERÍA

C/ Marqués de Comillas, nº 8
04071 Almería
Tfno. 950013658

BADAJOS

C/ Ronda del Pilar, 22
06002 Badajoz
Tfno. 924209650

BARCELONA

C/ Bergara, 12 (Edificio Bergara)
08002 Barcelona
Tfno. 935209663

BARCELONA- Drassanes

Avda. Drassanes, 17-21- 2ª planta
08001 Barcelona
Tfno. 932607446

BARCELONA- Bellvitge

Hospital de Bellvitge
C/ Feixa Llarga, s/n
08907- Hospitalet de Llobregat
Tfno 932607446

BARCELONA-Clinic

Hospital Clínic
C/ Rosellón, 163
08036- Barcelona
Tfno. 932275407/86

BILBAO

C/ Gran Vía, 62- Portal Centro,
1º izda.
48071-Bilbao
Tfno. 944509107

BURGOS

Avda. Sierra de Atapuerca, 4
09002- Burgos
Tfno. 947280107/37

CÁDIZ

C/ Ciudad de Vigo, s/n
(Recinto Portuario)
11006- Cádiz
Tfno. 956989221

CARTAGENA

Estación Sanitaria del Puerto
C/ Pez Volador. 2
30271- Cartagena
Tfno. 968501547

CASTELLÓN

Muelle Serrano Lloberes s/n
12100- Castellón (Grao)
Tfno. 964759210

CEUTA

Muelle Cañonero Dato
Puerto de Ceuta
51071- Ceuta
Tfno. 956984433

A CORUÑA

C/ Durán Loriga, 3-5ª planta
15003- A Coruña
Tfno. 981989570

GIJÓN

C/ Almirante Claudio
Alvargonzález, 30
33201- Gijón
Tfno.985769412/10

GIRONA

Hospital de Santa Caterina
Plaza Hospital, 5
17002- Girona
Tfno. 972182600

GRANADA

Sº de Medicina Preventiva
Hospital Virgen de las Nieves
Avda. Fuerzas Armadas, nº 2
18014- Granada
Tfno. 958020123

HUELVA

C/ Sanlúcar de Barrameda, 7
21001- Huelva
Tfno. 959759060/61

IBIZA

Vía Romana, 81
07800- Ibiza
Tfno. 971306764/00

LANZAROTE (Arrecife)

C/ Blas Cabrera Felipe, 6
35500- Lanzarote (Arrecife)
Tfno. 928810188

LEÓN

Avda. de Peregrinos, s/n (2ª
planta)
24008- León
Tfno. 987296255

LLEIDA

C/ Rovira Roure, 2
25006- Lleida
Tfno. 973701634

LOGROÑO

C7 Pérez Galdos, 29
26002- Logroño
Tfno. 941759225/28

MADRID

C/ Francisco Silvela, 57
28028- Madrid
Tfno.913095603

MADRID

Hospital Carlos III
C/ Sinesio Delgado, 10
28029- Madrid
Tfno. 914532500

MAHÓN

Avda. José Mª Cuadrado, 17
07703- Mahón (Menorca)
Tfno. 971360426

MÁLAGA

Pº Marítimo
Pablo Ruiz Picasso, 43
29016- Málaga
Tfno. 952989072/81

MELILLA

C/ Cardenal Cisneros, 2
52002- Melilla
Tfno. 952991231

MURCIA

C/ Andrés Vaquero, 10-2º izda.
30001- Murcia
Tfno. 968221265

NAVARRA

C/ Cortes de Navarra, 5-1º izda.
31002- Pamplona
Tfno. 948979310

PALMA DE MALLORCA

C/ Muelle Viejo, 7
07071- Palma de Mallorca
Tfno. 971989258/59

**LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA**

C/ Juan M. Domínguez Pérez
(Subida al Cebadal)
35071- Las Palmas de Gran
Canaria
Tfno. 928999112

SALAMANCA

Avda. de Portugal, 83-89
37071- Salamanca
Tfno. 923296022

SAN SEBASTIÁN

C/ Plaza de Lasala, 2-5ª planta
20003- San Sebastián
Tfno. 943424941

SANTA CRUZ DE TENERIFE

Rambla General Franco, 169
38001- Santa Cruz de Tenerife
Tfno. 942999062

SANTANDER

C/ Antonio López, 3
39009- Santander
Tfno. 942999062

SEVILLA

Avda. de la Raza, 2
41012- Sevilla
Tfno. 955569008

TARRAGONA

Muelle de Levante, Puerto
43071- Tarragona
Tfno. 977999080

VALENCIA

Muelle de Aduanas Puerto
Autónomo de Valencia
46071- Valencia
Tfno. 963079700/01

VALLADOLID

Avda. Ramón y Cajal, 6
47001- Valladolid
Tfno. 983413783

VIGO (PONTEVEDRA)

Estación Marítima del Puerto de
Vigo
36201- Vigo (Pontevedra)
Tfno. 986989160/61

VITORIA

Avda. de Santiago, 11- 1ª planta
01004- Vitoria
Tfno. 945759406

ZARAGOZA

C/ Ramón y Cajal, 68
50004- Zaragoza
Tfno. 976714102

Mas información en: www.msc.es/salud/exterior/consejos/centros/home.htm



AYUDAS RECIBIDAS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

El desarrollo del trabajo previo para la elaboración de este documento ha recibido el apoyo y la ayuda económica de:



Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.



Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Dirección General de Infancia y Familia.



CORA. Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (www.coraenlared.org)



Asociación ATLAS en Defensa de la Adopción (www.asatlas.org)

PRESENTACIÓN PÚBLICA DE ESTA GUÍA



Sentados, de izquierda a derecha, en la foto:

- **Francisco Rúa Vizoso**. Presidente de la Asociación Atlas y CORA.
- **Amparo Marzal**, Directora Gral. de Infancia y Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- **Regina Plañiol**, Viceconsejera de Familia y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid.
- **Almudena Pérez Hernando**, Directora Gral. del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.
- **Vicky Fumadó Pérez**, pediatra co-autora de esta guía.

De pie, de izquierda a derecha:

- **Alberto Núñez López**, vocal de salud en Atlas y CORA.
- **Maite de Aranzábal Agudo**, pediatra co-autora.
- **Ángel Hernández Merino**, pediatra co-autor.
- **Milagros García López-Hortelano**, pediatra co-autora.
- **Ángel Cortes Lozano**, pediatra co-autor.
- **Julián Lirio Casero**, pediatra co-autor.
- **Juan José García Ferrer**, Director Gerente del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Comunidad de Madrid.



Y **Gonzalo Oliván Gonzalvo**, pediatra co-autor que no pudo acompañarnos aquel día.

Nota de las asociaciones promotoras (Atlas y CORA)

Los pediatras autores de esta guía colaboraron en este proyecto de manera voluntaria y altruista. Las familias adoptantes, a través de sus asociaciones agradecemos su gran aportación.

