

Guía de asistencia sanitaria
a los niños procedentes
de adopción internacional

© Junta de Castilla y León
Gerencia Regional de Salud

Realización editorial: Gerencia Regional de Salud

Depósito Legal:

Imprime:

Guía de asistencia sanitaria a los niños procedentes de adopción internacional

AUTOR

**Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria
y Atención Primaria**
Ángel Martín Ruano

COLABORACIÓN

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León
Isabel Pérez García

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Tras-
misibles. Dirección General de Salud Pública
y Consumo.**
María Jesús Rodríguez Recio

COORDINACIÓN

**Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica
de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales.**
Siro Lleras Muñoz
Purificación de la Iglesia Rodríguez

PRESENTACIÓN

La adopción internacional en Castilla y León al igual que en el resto del territorio nacional, ha experimentado en los últimos años un crecimiento notable.

La Gerencia Regional de Salud sensible a estas circunstancias, en la Guía de Atención sanitaria el Inmigrante publicada en el 2004, dedicó un capítulo a la atención al niño procedente de la adopción internacional

La adopción internacional es un proceso largo y a veces complicado que afecta a la totalidad de la familia. Los padres necesitan recibir asesoramiento para interpretar los informes médicos y despejar la incertidumbre sobre el estado de salud de los niños. También precisan consejos sobre la información que es necesario recopilar en el país de origen para una valoración adecuada de la situación del menor y de los cuidados que deben prestar a los niños cuando acudan a recogerlos.

De vuelta a nuestro país las familias buscan de nuevo el asesoramiento médico para descartar y tratar tempranamente los problemas de salud de sus hijos.

El pediatra de Atención Primaria por su proximidad a la familia y su disponibilidad continuada es el profesional más adecuado para tratar y seguir a los niños adoptados y asesorar a sus familias.

Esta publicación realizada en colaboración con la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria y la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León, se presenta como una guía de ayuda y referencia al profesional de atención primaria detallando lo necesario para la realización de la consulta pre-adopción, la estancia en el país de origen, las evaluaciones médicas y el seguimiento post-adopción recomendados en función de las características propias de cada país.

Continúa el trabajo iniciado con la Guía de Atención Sanitaria al inmigrante y aborda de forma global el proceso de la adopción, con el fin de proporcionar al profesional de Atención Primaria un documento específico que recoja todas las actuaciones necesarias para prestar una asistencia sanitaria integrada a los niños procedentes de la adopción internacional y sus familias.

Carmen Ruiz Alonso
Directora Gerente Regional de Salud

ÍNDICE

Introducción.	
Adopción Internacional en Castilla y León.....	11
Consulta Preadopción	19
Consulta Postadopción	35
Consultas posteriores	49
Recursos en internet -Bibliografía.....	53
Anexos	59

INTRODUCCIÓN



La adopción internacional de niños, es un fenómeno que está incrementándose en España de una manera significativa en los últimos años. También Castilla y León tiene un aumento progresivo de solicitudes, de familias valoradas y consecuentemente de niños adoptados. Se ha pasado de 20 niños adoptados internacionalmente en el año 1998 a 222 en el 2003 y a 331 en el 2004. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Evolución de las adopciones internacionales en los últimos años en Castilla y León

Año	Solicitudes presentadas	Niños adoptados
1998	116	20
1999	183	45
2000	197	95
2001	262	134
2002	265	188
2003	353	222
2004	528	331

En el año 2004 han sido presentadas un total de 528 solicitudes, 175 más que en el año 2003, lo que confirma el aumento progresivo del número de solicitudes de adopción internacional. En la distribución por provincias destaca Valladolid con 163 solicitudes y 106 adopciones, representando el 31% de todas las solicitudes presentadas y el 32% de las adopciones.(Tablas 2 y 3)

Tabla 2. Número de solicitudes de adopción internacional por años y provincias

	2000	2001	2002	2003	2004
AVILA	9	13	12	23	24
BURGOS	28	40	37	34	80
LEON	34	31	34	47	81
PALENCIA	21	22	27	33	40
SALAMANCA	28	40	39	49	69
SEGOVIA	7	6	15	19	35
SORIA	3	9	13	13	15
VALLADOLID	60	95	78	114	163
ZAMORA	7	6	10	21	21
TOTAL:	197	262	265	353	528

Tabla 3. Distribución por provincias en el año 2004 de los niños procedentes de adopción internacional

PROVINCIA	Nº DE NIÑOS ADOPTADOS
AVILA	21
BURGOS	37
LEON	37
PALENCIA	38
SALAMANCA	46
SEGOVIA	17
SORIA	8
VALLADOLID	106
ZAMORA	21
TOTAL	331

Los principales países de origen de los niños adoptados son: Asia (China, India, Tailandia), Este de Europa (Rumania, Rusia, Ucrania) y Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Perú, Guatemala, Nicaragua) (tabla 4).

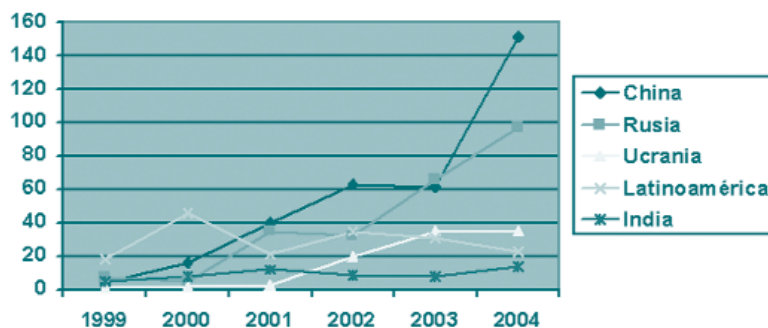
Desde el año 1999 se ha observado un incremento progresivo de las adopciones procedentes de China, Rusia y Ucrania, ocupando actualmente los tres primeros lugares. En porcentajes, China supone el origen de un 46% de los niños adoptados, Rusia de un 29%, Ucrania de un 11% y la India un 4%.

La variación en la demanda de un país u otro viene determinado a lo largo de los años por la rapidez en la tramitación y llegada de los niños (tabla 5).

Tabla 4. Niños adoptados en Castilla y León por países de origen.

	2000	2001	2002	2003	2004
Bielorrusia			1		
Bolivia	3	1	11	12	1
Brasil	1	1	2	3	
Bulgaria		2	5	3	1
Burkina Faso			1	-	1
Camerún		1		-	
China	16	40	63	61	151
Colombia	22	11	10	8	8
Congo		1	1	-	
Costa Rica	-	1		-	
El Salvador	1	-		1	
Etiopía				3	2
Guatemala	9	4	3	1	
Haití					2
Honduras	2	-	1	1	8
India	8	12	9	8	14
Israel					1
Indonesia			1		
Madagascar			2		
Marruecos				1	1
México	3	1	7	4	2
Mozambique	1	-			
Nepal		1			1
Nicaragua		1			
Panamá	-	-			
Perú	5	1	3	2	1
Rep. Dominicana	1	-		2	
Ruanda			1		
Rumania	16	17	15	10	4
Rusia	5	35	32	66	97
Senegal				1	
Ucrania	2	3	20	35	35
Venezuela		1			
Vietnam					1
TOTALES	95	134	188	222	331

Tabla 5. Evolución de los niños adoptados en Castilla y León por países de procedencia (1999-2004)



Respecto a la edad (tabla 6) y sexo de los niños adoptados en Castilla y León durante el año 2004, hay que destacar que:

- Los adoptados en China tienen entre 1 y 2 años en el 99% de los casos y la mayoría son niñas (149 de 151).
- Los niños rusos suelen tener entre 2 y 5 años, hay mayoría de varones (62 de 97) y algún grupo de hermanos. Los de origen ucraniano tienen edad similar con predominio de niñas (20) sobre niños (15).
- Los procedentes de la India varían desde 1 a 9 años, predominando ligeramente las niñas (8) sobre los niños (6). Vienen grupos de hermanos.
- Los bolivianos suelen ser de 1 a 6 años máximo, con una media de 2 años, vienen por igual niños que niñas. Los procedentes de Colombia son más variados, suelen ser de 2 a 9 años y vienen predominantemente niños.

Globalmente prevalecen las niñas (227 de 331) y de edad 1-2 años, principalmente por el gran peso relativo de las adopciones en China.

Tabla 6. Edad de los niños a su llegada a Castilla y León (2004)

EDAD	Número de niños
0-2	220
3-6	89
7-14	19
15-17	3

En general estos niños proceden de países con escaso desarrollo económico, precariedad sanitaria y falta de los derechos del menor; y en muchos casos han estado institucionalizados en orfanatos. Por estos y otros motivos presentan una mayor morbilidad general, enfermedades por privación física y emocional y enfermedades infecciosas agudas y crónicas.

Las principales patologías importadas (aquellas que traen de su país de origen) pueden ser de tres tipos:

Enfermedades infecciosas

- ENFERMEDADES TROPICALES: su repercusión sobre la salud pública, por la posibilidad de diseminación de esos patógenos a la comunidad, es mínima, puesto que en España no se dan las mismas condiciones climáticas ni de huéspedes intermedios y vectores que transmiten esas enfermedades, y por la distinta situación sanitaria y de salud pública en España, con una adecuada red de agua potable y de eliminación de excretas.
- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES UNIVERSALES: son enfermedades infecciosas presentes también en nuestro medio, pero mucho más prevalentes en sus países de origen, por lo que sería recomendable su cribado en los niños adoptados procedentes de zonas en las que tengan alta prevalencia: TBC, HIV, Hepatitis víricas.

Enfermedades no infecciosas

- ENFERMEDADES GENÉTICAS: las más frecuentes a tener en cuenta en la infancia:
 - Anemias hemolíticas: drepanocitosis, déficit de Glu6PDH, y talasemias.
 - Deficiencia de lactasa: es muy prevalente en América, África tropical y sudeste asiático.
- ENFERMEDADES CARENCIALES: carencias nutricionales por una dieta escasa, poco variada, malos hábitos alimentarios, infecciones de repetición, van a dar lugar a:
 - Retraso ponderoestatural.
 - Malnutrición.
 - Deficiencias vitamínicas (déficit de vitaminas A y D fundamentalmente).
 - Anemia (ferropénica generalmente, a veces por déficit de ácido fólico).

Otras

Retraso del desarrollo psicomotor, déficit sensoriales (auditivos, y/o visuales), caries / maloclusión, trastornos psicossomáticos, ansiedad, depresión.

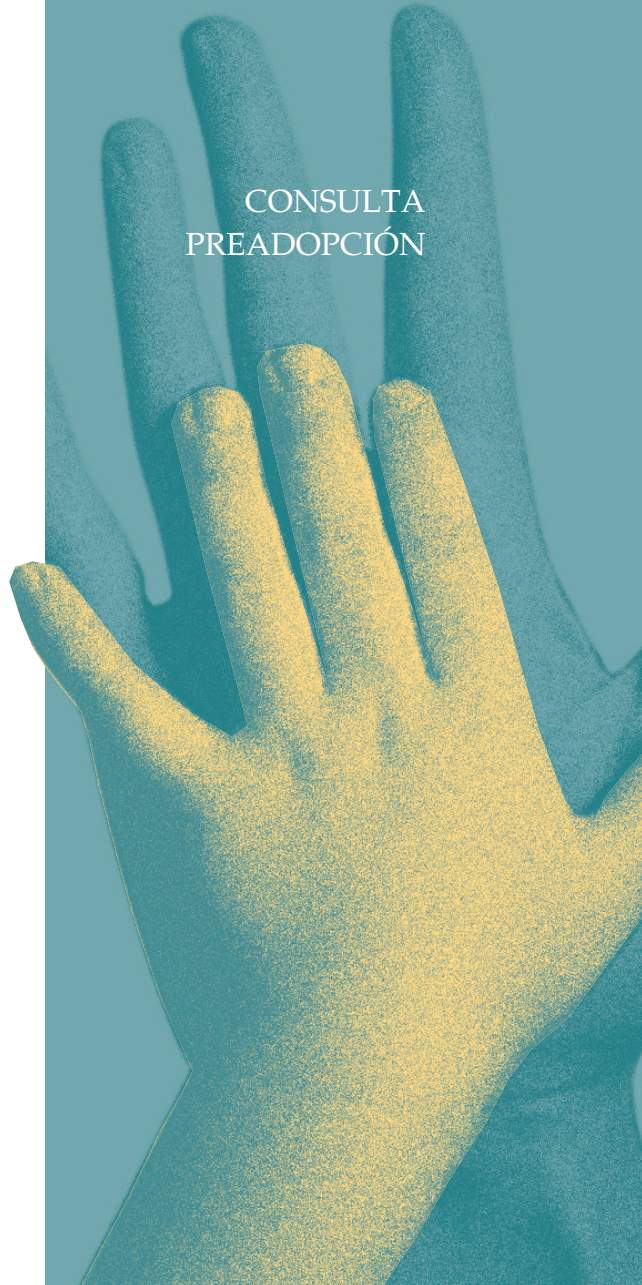
Sin embargo a diferencia de muchos inmigrantes, los niños adoptados, viven o van a vivir en familias muy sensibilizadas a su problemática, volcados en atender todas sus necesidades afectivas, sanitarias, educativas (a veces incluso excesiva) y de los que cabe esperar una colaboración total desde el punto de vista socio-sanitario. Esto trae como resultado que una vez salvado el periodo inicial, su patología sea similar a los autóctonos.

El perfil del adoptante es una pareja entre 35-45 años, estable, con varios años de convivencia, que en su mayoría han intentado antes tener hijos propios. Es poco frecuente que tengan un hijo biológico previo u otro niño adoptado. El nivel socioeconómico suele ser medio-alto. Los trámites de la adopción oficial exigen cumplir unos requisitos previos y obtener la idoneidad a través de pruebas y entrevistas. Posteriormente, se realiza un seguimiento post-adopción con periodicidad semestral o anual con una duración variable según los casos.

En el año 2003 se realizaron seguimientos a 390 niños. En este seguimiento es recomendable el informe médico pero no obligatorio. En el año 2003 se ha puesto en marcha el Servicio Regional de Información y Orientación de Adopciones en colaboración con la Asociación Regional de Familias adoptantes (ARFA), proporcionando un servicio de información tanto telefónico como presencial sobre adopciones, asimismo se ha implantado en Valladolid un Servicio de Formación y Apoyo a Familias de Adopción, que se pretende extender a otras provincias en función de la demanda.

El objetivo de este documento es esbozar la atención sanitaria que deberían recibir por parte del personal sanitario que atiende a estos niños, y en muchas ocasiones es el Médico-Pediatra de Atención Primaria quien debe y puede ofrecer a la familia y al niño adoptado los mejores cuidados de salud.

CONSULTA
PREADOPCIÓN



El prototipo de atención debe incluir la realización de una consulta preadopción, cuando los padres adoptivos tienen la asignación de un niño y reciben su expediente médico.

En una encuesta realizada por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento a nivel nacional, algo menos del 50% de las familias eligen para las consultas preadopción principalmente el sector público.

Es un momento muy importante, y se debe aprovechar para realizar las siguientes actividades:

1 INFORMAR SOBRE LA NECESIDAD DE REUNIR Y REVISAR TODOS LOS DATOS POSIBLES RESPECTO AL NIÑO

Insistir en intentar conseguir la mayor cantidad posible de datos sociosanitarios, sobre todo si hay una visita previa al país de origen.

Sería interesante disponer de datos sobre:

- **Historia sociofamiliar:** revisión de la información disponible de la madre, padre y hermanos (nacionalidad, edad, ocupación, número de hijos, problemas médicos, abortos, toxicomanías, alcohol, tabaco, motivo de abandono, delincuencia, malos tratos etc.).
- **Historia obstétrica:** fecha de nacimiento, edad gestacional, tipo de parto, peso, talla, perímetro craneal (Pc) al nacer, incidencias en el periodo neonatal.
- **Historia personal:** edad en que fue institucionalizado, lugar, y motivo. Problemas médicos detectados y tratamientos recibidos. Inmunizaciones recibidas. Informe de evaluaciones médicas y estudios de laboratorio realizados.
- **Evolución del crecimiento,** peso, talla, perímetro cefálico.
- **Evolución del desarrollo psicomotor y neurosensorial,** lenguaje, socialización, conducta, desarrollo emocional, sueño y control de esfínteres.
- **Revisión de fotografías y videos,** de duración y calidad adecuada, mostrando distintos aspectos del niño: en movimiento, en actividades cotidianas, vocalizando, relacionándose con el ambiente, etc.

Todo ello, con el fin de identificar la existencia de problemas médicos, quirúrgicos o factores de riesgo. Hay que tener en cuenta que toda esta información muchas veces no existe y cuando existe, puede ofrecer notables deficiencias o dudas de su autenticidad.

Las condiciones de los países de origen con una alta prevalencia de riesgo social, deficiencias sanitarias, asistenciales y preventivas, escasez de recursos de todo tipo, frecuente internamiento en orfanatos, etc., ocasionan una mayor morbimortalidad en la gestación, parto, periodo perinatal y en el periodo de internamiento en orfanatos.

En la encuesta realizada por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento ya referida, hasta un 80% de las familias tienen algún dato sanitario, pero la mayoría son escuetos y muchas veces se limitan a datos aislados antropométricos, vacunaciones y algún rasgo psicológico, con escasos datos del periodo neonatal y de enfermedades padecidas. La visita al país de origen sólo aporta más información en una cuarta parte de los encuestados.

INFORMES MÉDICOS DEL PAÍS DE ORIGEN

Se deberá realizar una adecuada interpretación de los datos que figuran en los informes médicos. Aparte del problema de la traducción, existe una gran discrepancia entre los diagnósticos de los informes del país de origen y los estudios postadopción. En estudios publicados (Albers, Jhonson y otros), la mayoría de los diagnósticos que figuran no se confirman en el estudio postadopción y aparecen algunos nuevos. A modo de ejemplo se destacan algunas situaciones:

RUSIA Y UCRANIA

El peso medio de un niño al nacer en Rusia es de 2,5 Kg. (deficientes cuidados prenatales). El bajo peso se asume a prematuro, a veces es difícil distinguir entre pretérmino y a término con bajo peso al nacimiento. Hay que valorar especialmente el antecedente de alcoholismo materno (un 30% de la población rusa padece alcoholismo crónico o son bebedores habituales) para descartar Sd alcohólico fetal, que a veces se elude en la información oficial salvo que se pregunte específicamente en la visita preadopción.

Las medidas antropométricas pueden estar mal tomadas (déficit de técnica, de medios, personal no experimentado, etc). Suelen presentar retraso de crecimiento psicosocial (1 mes por cada 3-4 de vida en orfanato, también afecta al peso y menos a la talla). Se debe valorar especialmente el Pc, pues su alteración puede significar problemas neurológicos (si se relaciona con el crecimiento cerebral); se debe medir de forma correcta para ser fiable y mejor si se dispone de medidas seriadas. Un niño a término con Pc pequeño al nacer, tiene más riesgo que uno con Pc al nacer normal, cuya cabeza crece despacio en la institución. Como siempre este dato es orientativo, no determinante de manera exclusiva.

Es frecuente que vengan con diagnósticos diversos con una terminología diferente a la occidental y muchos de ellos referidos al área neurológica, no se acompañan de una descripción de los síntomas y también suelen estar ausentes los estudios complementarios realizados para llegar a esos diagnósticos. Si se analizan los informes emitidos, un 85% de los niños tenían retrasos del desarrollo o diagnósticos neurológicos. Por ejemplo, es frecuente que vengan con diagnósticos de encefalopatía perinatal si nacen de madres con factores de riesgo (escasos cuidados y cualquier infección durante el embarazo...), aunque desde el punto de vista objetivo no haya ningún dato clínico relevante. Con el tiempo se "resuelve este problema" con terapias apropiadas para ellos (masajes, medicación no usada en países occidentales etc.). Generalmente hace referencia simplemente a niños de riesgo por su procedencia o por la apreciación de un síntoma banal, pero el problema viene porque traducido a nuestra cultura se correspondería con graves lesiones cerebrales.

Otros diagnósticos neurológicos se usan frecuentemente como deficiencia, insuficiencia piramidal, síndrome de hiperexcitabilidad (niño irritable, exigente), frecuente utilización del término "tono muscular aumentado o disminuido" (y pocas veces normal), hipotrofia, retraso motor que en su mayor parte es debido a falta de estímulo etc. Existen también otros sobrediagnósticos: displasia de cadera, agujero oval permeable, disbacteriosis intestinal.

El origen habría que buscarlo en el tradicional aislamiento de la medicina rusa en relación a las corrientes occidentales, el predominio del sistema de defectología (los niños son considerados intrínsecamente defectuosos y con el tiempo llega la solución de muchos de estos defectos) y en la organización sanitaria en Rusia (no hay Pediatras de Cabecera y sí superespecialistas pediátricos- neurólogos etc., en distintas ramas, con lo cual, la información nos llega fragmentada y deshilachada).

Con frecuencia se usan medicaciones que habitualmente no se utilizan en Occidente: tranquilizantes, sedantes, terapias masajes, ultravioletas ligeros, complejos vitamínicos, etc.

La exposición a sífilis y tratamiento (penicilina) se basa a menudo en Ac maternos detectados en el niño.

La Serología de hepatitis B negativa, no indica que no pueda tenerla pues puede estar en un periodo ventana, es imprescindible repetirla. El riesgo no solo es la transmisión vertical de la madre sino también de otros niños institucionalizados y del personal que los cuida. En caso de que estén vacunados suele serlo pasado el periodo neonatal, con lo cual no se evita el riesgo de transmisión vertical (tampoco se utiliza la gammaglobulina).

Respecto al VIH se suelen determinar los Ac mediante ELISA, no el virus; puede suceder que la madre esté infectada y los anticuerpos sean maternos, o que el estudio sea negativo y esté en el periodo ventana.

Consideraciones similares para la hepatitis C, que obliga a descartar su presencia al llegar al país de adopción y a los 6 meses.

CHINA

Destaca la escasez de recursos económicos, sobre todo en zonas rurales, ausencia de pediatras o si existen no tienen los recursos necesarios. En los últimos años las condiciones de los orfanatos han mejorado al igual que los niveles de salud de las niñas institucionalizadas. Por otro lado suelen darse en adopción antes de los dos años con lo que ha disminuido el tiempo de estancia en estas instituciones. A muchos niños se les asigna como fecha de nacimiento la fecha en que fueron encontrados o la calculada por su aspecto por el funcionario de turno; esta inexactitud plantea serios problemas para valorar el desarrollo físico, mental, escolar etc. En general los informes son muy genéricos y la fiabilidad de las pruebas es dudosa. La asistencia médica es, en general, muy primaria. Las medidas antropométricas suelen ser escasas y realizadas en el momento del ingreso en el orfanato o meses después. Se pueden encontrar en algunas ciudades clínicas al estilo occidental, con médicos universitarios.

Otros países en vías de desarrollo cuentan con problemas similares.

En cualquier caso con esta consulta preadopción hay que evitar dar una seguridad total de salud del niño adoptado, a partir de pocos datos, fotos, etc.

2 INFORMAR SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD OBSERVADOS CON MÁS FRECUENCIA EN NIÑOS ADOPTADOS EN EL EX- TRANJERO

Debemos evitar que se creen falsas expectativas sobre el niño perfecto, pero al mismo tiempo no inducir a crear la figura del niño vulnerable por lo que se pueden ofrecer de forma resumida y con precaución los problemas potenciales entre los que destacan, (tabla 7):

Tabla 7 Patologías prevalentes en la población infantil según procedencia

PATOLOGÍAS INFECCIOSAS	OTRAS PATOLOGÍAS
Europa (Europa central y del este, Rusia, Rumania, exURSS)	
Parasitosis intestinales. Infecciones intestinales. TBC. Hepatitis A. Hepatitis B (Rumania, Rusia). Hepatitis Delta (Rumania). Hepatitis C VIH (Rumania). Lúes congénita o adquirida.	Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia. Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial. Microcefalia. Déficit sensorial (visual, auditivo). Asma e hiperreactividad bronquial. Hipotiroidismo congénito. Inmunizaciones incompletas. Intoxicación por plomo. Secuelas post-exposición a radiaciones incontroladas (Ucrania, sudeste de Rusia).
América (Centro y Sudamérica)	
Parasitosis intestinales. Infecciones intestinales. TBC (Centroamérica, Caribe). Paludismo (Centroamérica). Enfermedad de Chagas VIH (Paraguay, Honduras, Haití). Hepatitis A (Centroamérica). Hepatitis B. Brucelosis.	Drepanocitosis (Caribe). Otras hemoglobinopatías. Ferropenia. Pubertad temprana en niñas.
Norte de África (Marruecos)	
Infecciones intestinales. TBC. Hepatitis B.	Hemoglobinopatías. Ferropenia
África (subsahariana y otras zonas)	
Parasitosis intestinales (Áscaris, Trichura y Giardia). Infecciones intestinales. Paludismo. TBC. VIH(Uganda). Hepatitis B. Parasitosis urinaria (esquistosomiasis). Filariasis. Poliomielitis (zonas de África central). Sarampión. Enfermedad meningocócica.	Drepanocitosis Otras hemoglobinopatías Malnutrición, raquitismo carencia y ferropenia Inmunizaciones incompletas
Asia (India y China)	
Parasitosis intestinales (tenias enanas, Strongyloides) Infecciones intestinales TBC (India) VIH (China) Hepatitis B (India) Paludismo (sólo en zonas de selva, India) Poliomielitis (Pakistán, India) Hepatitis A Hepatitis C (China) Lues	Drepanocitosis Otras hemoglobinopatías Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial Intolerancia a lactosa (China) Disfunción tiroidea por déficit de yodo (áreas rurales y regiones montañosas de China y Asia Central) Pubertad temprana en niñas Déficit sensorial/auditivo, visual Asma e hiperreactividad bronquial Inmunizaciones incompletas (China) Manipulación edad cronológica(China) Intoxicación por plomo(China)
Asia(Tailandia, Camboya, Vietnam)	
Paludismo resistente Tuberculosis resistente VIH Hepatitis B (Vietnam, Corea) Parasitosis intestinales Infecciones intestinales Lúes Sarampión	Drepanocitosis Otras hemoglobinopatías Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial
Entre paréntesis se especifican los países o zonas con una prevalencia especialmente elevada.	

Tomada de Ángel Hernández Merino en “niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid”

Trastornos nutricionales. Sobre todo en China, Rusia y Europa del Este.

- Malnutrición (25-50%); Rusia (40-50%). Este de Europa (12-24%), China (9-24%).
- Raquitismo (por deficiencia de vitamina D y calcio) y otras vitaminopatías.
- Anemia ferropénica (30-40%); China (35%).
- Función tiroidea anormal por déficit de yodo (China).
- Déficit de Zinc.
- Trastornos alimentarios (30-33%), sobre todo los procedentes de orfanatos.
- Intolerancias alimentarias.

Se estima que por cada tres meses en el orfanato se produce un retraso de un mes en su edad talla.

Como causas se pueden apuntar que la mayoría de los lactantes son alimentados con fórmulas lácteas muy diluidas; hay mucha variabilidad en la introducción de alimentos nuevos, (a veces precozmente, lo que puede inducir a problemas de intolerancia o alergia alimentaria), igualmente se suele prolongar el uso del biberón para facilitar la alimentación de varios niños a la vez, dando lugar a una alimentación poco variada, el niño mastica poco y luego se encuentra con problemas de adaptación al paso de alimentos sólidos. También puede existir una pobre calidad nutritiva y falta de exposición a la luz solar lo que puede conducir a déficit de vitamina D y calcio (raquitismo bioquímico).

Normalmente, con una nutrición adecuada se produce un catch-up, primero del peso y luego de la talla, en unos seis meses, recuperándose los percentiles normales en este tiempo; de no ser así, habría que investigar otros problemas médicos como causa del fallo de medro.

Trastornos del crecimiento

De 25-50% en menores de 3 años (fallo de medro) y de 20-75% en mayores de 3 años (retraso de crecimiento). Fundamentalmente en Rusia y Europa del Este, menos en China.

Retraso del desarrollo psicomotor, del lenguaje, del aprendizaje y socioemocional

La mayoría por falta de estímulo y afecto (Aparece entre un 50-85% de los niños procedentes de Rusia, China y Rumania). Los resultados difieren en función de los estudios porque los niños

son de distinto origen, tienen edades diferentes, unos han estado en orfanatos y otros en familias de acogida y sobre todo han pasado allí diferente número de años.

En el estudio realizado en Aragón por el Dr. Olivan, un 75% de los niños evaluados presentan retrasos en al menos alguna de las siguientes áreas: motilidad gruesa (55%-70%), fina (49%), retraso del lenguaje (43%), alteraciones socioemocionales (28%). La mayor parte de ellas de grado leve-moderado, pero entre un 2-16% grado severo. En otros estudios incluso cifras más altas (Albers et al 1997). Generalmente el retraso motor, tanto la movilidad fina como la gruesa, y el área social-emocional se recuperan durante el primer año; pero hay que estar atentos a la evolución del lenguaje y problemas a medio plazo en el aprendizaje y área cognitiva.

Se pueden observar trastornos emocionales como ansiedad, angustia, tristeza, falta de respuesta a estímulos

Algunos comportamientos observados a la llegada son: actividad motora gruesa disminuida, polifagia, polidipsia, estereotipias, automatismos y autoestimulación (mecerse, balancearse para dormir...), juego solitario, tendencia a rabietas, pesadillas nocturnas, timidez y mirada esquiva, negativismo, retraso en control de esfínteres, enuresis, retraso del lenguaje (al principio por desconocimiento, falta de estímulo, etc.,) que suele mejorar satisfactoriamente; si no lo hace, descartar sordera. Otras alteraciones que pueden aparecer son TDAH, trastorno de estrés postraumático.

Lo más interesante es saber que los retrasos son directamente proporcionales al tiempo transcurrido en un orfanato y son aún mayores si tiene alguna enfermedad crónica. En un estudio realizado en Estados Unidos por la Universidad de Minnesota (concluido en el año 2001) sobre 2300 adopciones entre los años 1990 y 1998, se observaron los siguientes comportamientos iniciales a su llegada: trastornos del sueño (24%), pesadillas (20%), aislamiento (20%), movimientos repetitivos (20%), rabietas (16%), acaparamientos (14%), problemas de alimentación (13%), agresiones (12%), gritos (11%), autolesiones (10%), masturbaciones (10%). En el 90% de los casos se encuentra alguna de estas alteraciones a su llegada.

Asimismo, se determinan como factores de riesgo por orden de importancia: malnutrición en el embarazo, alcohol en el embarazo, prematuridad, maltrato, abandono negligente, abusos y tiempo de estancia en orfanato. Se obtienen mayores factores de riesgo en los procedentes de Rusia y Este de Europa que en Latinoamérica y Asia.

Lógicamente, la edad del niño y el tiempo que ha pasado en el orfanato son determinantes en la esperanza de mejora de estos

trastornos del desarrollo. Tienen buenas expectativas cuanto menor edad, por encima de los 5 años es más problemático.

Microcefalia (25 % en China y 40 % en Rusia).

Pubertad temprana en niñas (Sudeste de Asia, Iberoamérica, India).

Trastornos neurosensoriales: problemas de audición 1-14% (por hipoacusia congénita o por infecciones óticas de repetición), de visión (estrabismo, ambliopía) sobre todo en Rusia y Este de Europa, alteraciones del desarrollo neurológico relacionadas con el alcohol y síndrome alcohólico fetal (1,6%), en el Este de Europa y Rusia.

Trastornos del tono muscular por malnutrición, raquitismo, falta de estímulo.

Enfermedades alérgicas: asma, eczemas, alergias alimentarias.

Trastornos endocrino-metabólicos: deficiencia de yodo e hipotiroidismo secundario (áreas rurales y montañosas de China, Mongolia y Tíbet) hipotiroidismo congénito.

Problemas dentales: retraso de la erupción, daños de la dentición primaria y secundaria

Trastornos dermatológicos: (6-38%): escabiosis, pediculosis, impétigo, micosis.

Trastornos ortopédicos: alteraciones de columna y extremidades inferiores.

Trastornos prenatales: anomalías congénitas, perinatales.

Enfermedades infecciosas:

- Infestaciones intestinales parasitarias 7-33%, Giardia 6-67%, (protozoos, nematodos, cestodos) en Rusia, Este de Europa, China, Sudeste de Asia, India, África e Iberoamérica.
- Infecciones intestinales bacterianas: Salmonella, Shigella, Campilobacter, Yersinia, en Rusia, Este de Europa, China, Sudeste de Asia, India, África e Iberoamérica.
- Infección por citomegalovirus, congénita y adquirida.
- Tuberculosis, primoinfección y pulmonar activa (Centroamérica, Filipinas, Haití, India, China, Iberoamérica, Sudeste de Asia, Rusia y Este de Europa). Media de 19% para enfermedad latente y 3% para enfermedad activa.
- Sífilis congénita y adquirida (Rusia, Este de Europa y Sudeste de Asia) <1%.
- Infección VIH (Este de Europa): menor 0,2%, presencia de anticuerpos menor 1%.
- Infección por hepatitis A: <2%.

- Infección por hepatitis B (China, Sudeste de Asia, Este de Europa, Rusia, Iberoamérica y África), media del 6% entre enfermedad aguda y crónica. Descenso progresivo en los últimos años por los controles serológicos y la vacunación.
- Coinfección hepatitis delta.
- Infección hepatitis C (China, Rusia y Este de Europa).
- Paludismo (centro de África, India).

Miscelánea. Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon anticuerpos 33-71% (China, Rusia y Este de Europa), inexactitud de la edad cronológica (China), intoxicación por plomo (China, Este de Europa, Iberoamérica), anemias por hemoglobinopatías 8-9% (China, sudeste de Asia, India, África e Iberoamérica)

Variantes fisiológicas. Mancha mongólica, pseudoestrabismo y microcefalia por braquicefalia y occipucio plano en Asia, aumento del vello en centro Europa.

3 INFORMAR DE LAS MEDIDAS SANITARIAS A ADOPTAR POR LOS PADRES ANTES DEL VIAJE

La consulta pre-adopción es también el momento, si no se ha hecho con anterioridad, de programar con tiempo los aspectos sanitarios del viaje de los padres y valorar la necesidad de adoptar algunas medidas de prevención e inmunizaciones. La visita a un país extranjero hace que podamos estar expuestos a una serie de enfermedades, sobre todo infecciosas, y de situaciones poco comunes en nuestro entorno. Así, es muy importante informarse y extremar el cumplimiento de una serie de medidas preventivas generales, sobre: los alimentos que se ingieren, el consumo de agua, picaduras de insectos y contacto con animales, enfermedades de transmisión sexual, etc. También hay que dar información sobre vacunas antes del viaje.

La realización de viajes internacionales, debido a los cambios físicos y medioambientales que se producen, provocan un incremento en el riesgo de padecer algún problema de salud. La planificación previa y unas adecuadas medidas de prevención pueden reducir considerablemente los riesgos de origen sanitario. Por ello es importante consultar con un servicio sanitario especializado, preferiblemente de 4 a 6 semanas antes de iniciar el viaje. (En Castilla y León se puede acudir a los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social . Ver Anexo III)

El viajero internacional está expuesto tanto a las enfermedades de distribución mundial, como a los riesgos específicos derivados de las patologías propias de cada país.

Conocer que enfermedades transmisibles se producen en un país o una zona determinada nos permitirá adoptar, a la hora de organizar un viaje internacional, las medidas preventivas adecuadas para que, en la medida de lo posible, evitemos contraerlas. No obstante, el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa en un viaje depende, no solo de la existencia de la enfermedad en la zona de destino sino, también de otros muchos factores; como la sensibilidad específica del viajero; las medidas preventivas que se han adoptado antes del viaje, vacunaciones, inicio de la toma de antipalúdicos; las medidas higiénico sanitarias que se deben adoptar en el transcurso del viaje, como los cuidados con los alimentos y las bebidas o las medidas de protección contra los insectos; así mismo, son muy importantes todos los aspectos relacionados con el viaje como su duración, época del año, tipo de viaje y régimen de vida a realizar.

La distribución geográfica de las diferentes patologías es muy variada. Las condiciones socioeconómicas, las características higiénico-sanitarias y las medioambientales son factores claves en la prevalencia de una enfermedad infecciosa en un país o zona determinada. Existen enfermedades comunes que se dan en todos los países, como el tétanos o la tuberculosis; también las que siendo de distribución mundial son más frecuentes en ciertas zonas, hepatitis B o la enfermedad meningocócica; y otras específicas de determinadas áreas, como la fiebre amarilla, o la encefalitis japonesa. La información actualizada sobre la situación sanitaria en los diferentes países o áreas geográficas permite proporcionar al viajero instrucciones precisas y medidas concretas de prevención.

La vacunación es la mejor técnica de prevención de enfermedades en viajeros a países con sistemas sanitarios y medioambientales deficientes. La mayoría de las vacunas son eficaces, seguras, confieren inmunidad duradera, tienen un coste aceptable, una muy buena rentabilidad económica y previenen que el viajero enferme durante el viaje y pueda importar enfermedades a su regreso.

El riesgo de enfermedad en un viajero se evalúa basándose en los datos disponibles según el destino geográfico, la información sobre enfermedades endémicas y epidemias en el área, la relación o contacto personal con los residentes locales, la flora y fauna existente, el estilo del viaje y las características personales del propio viajero. Estos datos ayudan a establecer las necesidades y prioridades en la vacunación del viajero internacional.

Las vacunaciones requeridas como medida preventiva frente a las patologías, por las que los viajeros adultos se pueden ver afectados en viajes internacionales se pueden clasificar en:

Vacunaciones sistemáticas

Tétanos- Difteria (Td), Sarampión Rubéola y Parotiditis (TV), al ser consideradas de carácter sistemático para todos los adultos, con independencia del incremento de riesgo que pueda ir asociado al viaje a realizar, deberán ser tenidas en cuenta en todos los viajeros internacionales.

En la vacunación Td deberá tenerse especial atención cuando el país de origen de la adopción corresponda con países del este de Europa ya que la difteria está considerada en esta zona como enfermedad emergente.

En la vacunación con TV deberá hacerse especial hincapié en mujeres susceptibles, en edad fértil (no embarazadas) que van a viajar a determinados países (alta incidencia de estas enfermedades y/o deficientes programas de vacunación), así como a los viajeros que van a tener contacto con niños en escuelas, orfanatos, hospitales o centros de salud y en campos de refugiados.

Esta recomendación se ha visto recientemente reforzada en las adopciones procedentes de China, por la aparición de brotes de sarampión en orfanatos que hacen que el riesgo de exposición sea muy alto.

La vacuna frente a la Hepatitis B debe ser considerada en todos los viajeros no inmunizados, especialmente si se dirigen a áreas de alta endemicidad, situación muy frecuente en las adopciones internacionales.

Vacunaciones obligatorias

Actualmente, la única vacunación especificada en el Reglamento Sanitario Internacional exigible por las autoridades sanitarias para entrar en determinados países es la de fiebre amarilla. Es obligatoria la vacunación frente a la fiebre amarilla si se viaja a países del África subsahariana, sur de América central y Sudamérica (se consideran de alto riesgo Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú).

En España no se encuentra comercializada ninguna vacuna de fiebre amarilla siendo suministrada exclusivamente a los Centros de Vacunación Internacional autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. (Ver Anexo III).

Vacunaciones recomendadas

En este apartado se incluyen aquellas vacunas que son utilizadas en nuestro entorno por poblaciones de riesgo en las que el

viaje tiene una especial significación, aquellas en donde el viaje supone un riesgo específico por la situación sanitaria del país de destino y aquellas que van a prevenir patologías que se encuentran en áreas geográficas delimitadas por los mecanismos de transmisión: hepatitis A, cólera, fiebre tifoidea, polio, meningitis, antigripal, etc

Información más detallada sobre los riesgos prevenibles en viajes internacionales , profilaxis y medicación necesaria se proporciona en las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social de todas las provincias de la Comunidad Autónoma .(Ver Anexo III)

4 INFORMACIÓN SOBRE EL MALETÍN MÉDICO DE VIAJE

Más de una cuarta parte de los niños están enfermos en el encuentro con las familias o en el viaje de vuelta. Dado que el viaje y los trámites pueden ser prolongados, se aconseja que lleven de su país de origen lo imprescindible para los cuidados del niño y una serie de medicamentos para resolver los problemas más frecuentes, figurando por escrito la dosificación y las enfermedades para las que se administra. (Anexo I). Se impone una explicación detallada de las condiciones de uso, así como de los signos de alarma que deben obligar a una evaluación médica urgente:

- Antitérmicos (Paracetamol o Ibuprofeno) para la fiebre, el dolor o malestar. Es importante llevar un termómetro rectal para medir la temperatura; considerando fiebre una temperatura rectal $> 38^{\circ}$ C. Recordar aumentar el aporte de líquidos ante fiebre alta.
- Es útil llevarse un antibiótico de amplio espectro (Amoxicilina) ante la posibilidad de otitis o infecciones respiratorias. En general la respuesta a antibióticos es buena por ausencia de resistencias; también podemos optar por llevar Amoxicilina-clavulánico, que cubre un mayor espectro bacteriano, o Azitromicina, que se administra en una sola dosis diaria, no requiere refrigeración y viene con jeringa dosificadora por kilo de peso. Debemos dar instrucciones escritas sobre la cantidad de agua (agua embotellada) precisa para su reconstitución y las condiciones de uso. En condiciones óptimas, el antibiótico sólo debería usarse previo examen médico; pero a veces eso no es posible en algunos países. Por ello es útil acordar con los padres en qué situaciones deben dar tratamiento antibiótico por iniciativa propia (fiebre alta de tres días, irritabilidad, dolor de oídos u otorrea,...); si bien, hay que advertir que un niño con fiebre alta, con la respiración agitada, que no es capaz de comer o beber, o que no se relaciona con el entorno,

debe ser visto por personal médico especializado urgentemente. También es útil llevar una jeringa calibrada para administrar fármacos y/o reconstituirlos.

- Los procesos catarrales y viriasis respiratorias serán los problemas más comunes. Alguna medicación sintomática, y sobre todo, medidas aliviadoras (suero fisiológico para lavados nasales) pueden ser útiles ante síntomas molestos, que interfieran con el sueño o la comida.
- Para las conjuntivitis asociadas (ojo rojo y secreción ocular mucopurulenta) se llevará un colirio de Tobramicina.
- La diarrea y los vómitos son síntomas frecuentes y preocupantes para los padres. Debe adiestrarse en la prevención y control de la deshidratación; para ello puede ser útil llevar fórmulas hidroelectrolíticas para rehidratación oral, con instrucciones para su preparación y uso.
- El estreñimiento, entendido como heces de consistencia dura e infrecuentes, puede ser un problema habitual ante el cambio de alimentación. Aunque la mayoría de las listas recomiendan llevar supositorios de glicerina, puede ser útil informar a los padres sobre otras medidas a tener en cuenta: aumento del aporte de líquidos, zumos naturales, cereales de avena.
- La dermatitis del área del pañal y los eczemas son también problemas comunes entre los lactantes que viven en orfanatos; también los prurigos (por picaduras de insectos). Por ello, debemos aconsejar llevar pomadas descongestivas, corticoides tópicos (Hidrocortisona al 1%) y algún antifúngico (Nistatina).
- Algunos autores recomiendan llevar antihistamínicos clásicos para tratar posibles reacciones alérgicas o el prurito asociado a diversos problemas cutáneos. Su interés no está en aprovechar su efecto adverso de sedación para el viaje de vuelta en avión; hay que considerar que algunos niños pueden manifestar más bien irritabilidad.
- Champú y lociones hidratantes (o aceites) para la piel. Pañales y "toallitas".
- Gasas estériles, esparadrapo y un antiséptico.
- Fórmulas lácteas adaptadas (mejor en sobres unidosos). Cereales sin gluten. Purés y papillas infantiles, galletas, biberones (2), tetinas, chupetes, cuchara, tazón. A este respecto es importante informar a los padres adoptivos que todos los cambios en la alimentación, texturas de los alimentos, cantidad, horario de su administración, introducción de nuevos

alimentos y sabores, deben ser progresivos y efectuarlos muy poco a poco y con paciencia, para evitar problemas de intolerancia, alergias, diarreas etc. Posteriormente es importante evitar la excesiva voracidad y el acceso ilimitado a los alimentos para evitar problemas de obesidad.

También es útil llevar el teléfono de un pediatra especializado del país de origen para consejos urgentes. Lo ideal sería poder mantener un nexo de unión con la familia, bien a través de un teléfono de contacto o correo electrónico, para consultas urgentes y recomendaciones sobre pautas a seguir.

5 RECOMENDAR LA REALIZACIÓN PRECOZ DE LA CONSULTA POSTADOPCIÓN UNA VEZ QUE REGRESEN CON EL NIÑO ADOPTADO



CONSULTA
POSTADOPCIÓN

Debería realizarse en los tres primeros días desde su llegada, salvo que padezca un problema agudo que sería en las primeras 24 horas. La mayoría de las familias solicita este examen médico por el pediatra en la primera semana. Se prefiere en general el sector público (70%), aunque se reparten casi por igual atención primaria y especializada.

Los niños adoptados en el extranjero son considerados grupo de alto riesgo, por lo que la evaluación debe ser rigurosa y exhaustiva; la incidencia de problemas de salud en estos niños es significativamente mayor, y plantea la necesidad de realizar una valoración médica pormenorizada a todo niño adoptado que procede de otro país.

Los objetivos de este primer control son :

- Descartar cualquier enfermedad infectocontagiosa.
 - Infecciones habituales (respiratorias y digestivas) Son las más frecuentes. Realizar diagnóstico y tratamiento habitual.
 - Infecciones importadas: realizar diagnóstico sindrómico
 - Tropicales de difícil transmisión en España
 - De transmisión universal: Tuberculosis, hepatitis, VIH
- Detectar aquellos problemas que requieran un control posterior o una derivación a atención especializada
- Revisar el estado de inmunización
- Planificar las siguientes consultas (revisiones, vacunas etc)

La evaluación inicial debe incluir:

- Anamnesis y exploración física exhaustiva
- Pruebas de cribado de laboratorio
- Evaluación del estado de inmunización

A. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe de ser exhaustiva (Ver Guía de Atención Sanitaria al inmigrante en Castilla y León), haciendo especial hincapié en:

Evaluación del crecimiento

Peso, talla, perímetro cefálico, nutrición y desarrollo puberal. Para ello se debe conocer la edad cronológica, y ésta ser fiable. Si se puede se deben referir al país de origen o a gráficas adaptadas. Si

no, tienen más valor datos de incremento de peso y talla a lo largo del tiempo; debe observarse catch-up de peso a los 3-4 meses y de talla a los 4-6 meses, de no ser así buscar otras causas.

Se pueden encontrar gráficas de crecimiento en varias páginas web de internet (<http://fwcc.org/growthchart.html> y otros recursos de internet).

Con un tema tan polémico y tantísimas variables que pueden influir (algunas desconocidas) como raza, talla familiar, región dentro del país, nutrición, factores de riesgo intrauterinos, infecciones, intoxicaciones, entorno afectivo y psicosocial y dificultad para conseguir gráficas correctas de otros países pensamos que lo más acertado es utilizar nuestras gráficas de crecimiento de referencia, usando una técnica de medición correcta y monitorizando cuidadosamente peso y talla los primeros meses y años después de la llegada para seguir el crecimiento longitudinal de cada niño adoptado con su propia gráfica de velocidad de crecimiento. El P_c tiene un gran valor por ser un indicador inespecífico de malnutrición intrauterina en la primera infancia y de gran valor para su desarrollo psicomotor posterior.

Si no existe malnutrición son suficientes las gráficas de peso y talla. Para valorar la malnutrición son útiles el Índice nutricional, el Peso relativo en lactantes o el IMC.

- INDICE NUTRICIONAL

$\text{Peso real} \times \text{Talla para Percentil 50 de la edad} / \text{Peso para P50 de la edad} \times \text{Talla real}$ y todo ello multiplicado por 100

(Mayor de 90: Normal .80-89: Malnutrición leve .70-79: Malnutrición moderada y < 70: malnutrición grave.)

Si es un lactante pequeño se puede usar el Perímetro braquial (En el 1/3 medio del brazo no dominante)/ P_c. 0,31-0,36: Normal. Por encima obesidad y por debajo malnutrición.

- PESO RELATIVO

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

(Si el déficit ponderal para la talla es 10-15%: malnutrición leve, 15-25%: Malnutrición moderada y > 25%: Malnutrición grave)

- IMC Y SUS PERCENTILES

$\text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$. Referir a tablas y percentiles para edad y sexo.

Evaluación del desarrollo psicomotor

Realizar el Test de Denver o similar por debajo de los 6 años.

Se debe valorar sabiendo que estos niños tienen sesgos impor-

tantes como el idioma o no haber realizado nunca determinadas habilidades. La principal causa suele ser la falta de estímulo y afecto por lo que debe realizarse en el primer o segundo mes y repetir a los seis meses, que tendrá un resultado más representativo (cuanto menor tiempo en el orfanato la recuperación suele ser más rápida).

Por cada 3-4 meses de internamiento en un orfanato hay un retraso de 1 mes en desarrollo psicomotor. Si en este momento el retraso es mayor al esperado reevaluar y derivar a un Centro de Atención Temprana. Insistimos en que conviene dar tiempo y no apresurarse, pero si se observa un considerable retraso o los padres están preocupados, enviar al especialista. En la mayoría de los casos tras la estimulación se recuperan en un año. En algunos estudios se considera retraso si su edad de desarrollo es menor o igual a dos tercios de su edad cronológica (un niño de 36 meses con 24 meses de desarrollo se considera retrasado).

Evaluación neurológica y psicológica

La valoración dependerá de la edad y deberá incluir: tono muscular, reflejos primitivos, fuerza muscular, habilidades motoras finas (hacer torres, dibujar círculos o ensartar abalorios), motoras gruesas (subir y bajar escaleras, abrir y cerrar puertas o tirar una pelota a alguien), vocalización, autoayudas, desarrollo cognitivo (razonamientos sencillos: relacionar animales con los sonidos que producen, puzzles adecuados a la edad, encontrar cosas escondidas), capacidad para entablar amistades selectivas y respuesta socio-emocional (contacto ocular, unión con los padres, respuesta a los extraños, hábitos de juego, labilidad emocional).

Evaluación de la visión y de la audición

En los primeros seis meses según sospecha clínica y sobre todo en caso de antecedentes de prematuridad.

Evaluación de la dentición y profilaxis bucodental

Tratamiento según precise.

Evaluación de la edad cronológica

Si existen dudas hay que basarse en la edad ósea, dental, desarrollo psicomotor, madurez escolar y social y reevaluar a los 12 meses.

Otras evaluaciones

Según antecedentes, datos de la historia clínica y hallazgos en la exploración física (cardiología, nefrología, neurólogo, psicólogo, psiquiatra infantil etc).

Detectar cualquier síntoma y/o signo sugerentes de infección

La patología infecciosa habitual es la más frecuente, sobre todo infecciones respiratorias y digestivas. El diagnóstico y el tratamiento es similar al del resto de la población infantil.

La posible patología infecciosa importada (menos frecuente) es la que puede plantear más problemas de diagnóstico y de tratamiento. La aproximación sindrómica nos permite acercarnos, a partir de los síntomas/signos, a los diagnósticos más frecuentes en las poblaciones inmigrantes según el país de origen. Se excluyen las enfermedades comunes y universales. (Tabla 8)

Tabla 8. Aproximación sindrómica a partir de síntomas/síndromes guía, teniendo en cuenta el origen del niño adoptado y una vez descartadas las causas habituales

	SUDESTE ASIÁTICO	AFRICA SUBSAHARIANA	AFRICA NORTE	AMÉRICA LATINA
PIREXIA	Malaria Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis	Malaria (América Ctral.) Tuberculosis
Fiebre y exantema	Viriasis tipo sarampión o rubéola, rickettsiosis			Viriasis tipo sarampión o rubéola, rickettsiosis y Dengue
Fiebre, hepatomegalia y diarrea		Esquistosomiasis		Esquistosomiasis
ASMA	Eosinofilia pulmonar tropical Sd Loeffler	Sd Loeffler Eosinofilia pulmonar tropical	Sd Loeffler	Sd Loeffler
TOS	Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis
HEMOPTISIS	Tuberculosis Paragonimosis	Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis
ESPLENOMEGALIA	Leishmania Malaria	Malaria Esplenomegalia tropical Leishmaniosis Esquistosomiasis	Malaria Esplenomegalia tropical Leishmaniosis Esquistosomiasis	Leishmaniosis
Esplenomegalia y anemia sin paludismo	Leishmania visceral, fiebre tifoidea			
EOSINOFILIA	Filaria Parásitos intestinales	Filaria Parásitos intestinales	Parásitos intestinales	Parásitos intestinales
Eosinofilia severa con edemas en extremidades y alteraciones oculares		Filariasis		
Eosinofilia y eritema migratorio	Larva migrans por anquilostomas			
Eosinofilia con/sin síntomas neurológicos				Cisticercosis
PRURITO, EDEMAS, NÚDULOS S.C.		Oncocercosis		
Prurito, abdominalgia y eosinofilia	Nematodos intestinales			
EDEMAS	Filariasis			
NEUROPATÍA PERIF.	Lepra	Lepra	Lepra	
FOCALIDAD NEUROLÓGICA				Cisticercosis
S.URINARIOS	Tuberculosis	Tuberculosis Esquistosomiasis	Tuberculosis	Tuberculosis
HEMATURIA		Esquistosomiasis	Esquistosomiasis	
CARDIOPATÍA				Enf. Chagas (Sudamérica)
ENFERMEDAD BACTERIANA INVASIVA CON/SIN MENINGITIS	Enfermedad invasiva por meningococo o Haemophilus influenzae			

Modificado de "Características del seguimiento del niño sano en la población inmigrante". Alberto López y col en "La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante" Fundación CESM . Comunidad de Madrid. Madrid 2002

Especial atención se prestará a la aparición de síntomas sospechosos de sarampión en los días posteriores a la llegada de niños procedentes de determinados países como por ejemplo China, debido a la situación epidémica que sufre este país y especialmente los orfanatos.

Teniendo en cuenta el período de incubación del sarampión, se vigilará la aparición de cualquier síntoma sospechoso de esta enfermedad (erupción cutánea, fiebre alta, acompañado de tos, catarro o conjuntivitis) hasta los 18 días posteriores a su llegada. Cualquier sospecha deberá comunicarse de forma urgente al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia correspondiente, Sección de Epidemiología (Ver Anexo III), para iniciar las medidas de control necesarias.

B. PRUEBAS DE CRIBADO DE LABORATORIO

En función del país, anamnesis, exploración física, factores de riesgo etc, se puede individualizar, pero en general está indicado, la realización de al menos las siguientes pruebas de laboratorio, (Tabla 9):

Tabla 9. Pruebas de cribado de laboratorio recomendadas en niños procedentes de adopción internacional

Hemograma completo.
Metabolismo del hierro.
Sistematico de orina y sedimento.
Huevos y parásitos en heces.
Coprocultivo.
Enzimas hepáticos.
Urea , creatinina.
Ca, P, fosfatasas alcalinas.
Plomo sérico.
Proteínas totales, albumina.
Serología: VHB, VHC, VIH. (si negativa repetir a los 6 meses.)
Serología sífilis.
Cribado metabólico.
Pruebas de función tiroidea.
Mantoux (si negativo repetir a los 3 meses).
Según sospecha clinica: Estudio de Plasmodium, Citomegalovirus , Filaria

- Hemograma completo.
- Hierro sérico, ferritina. Las anemias ferropénicas son las más frecuentes. Si no mejora con hierro pensar en talasemia

y solicitar Pb en sangre (sobre todo en procedentes de China). Si hay anemia megaloblástica pensar en déficit de ácido fólico o vitamina B12 por malnutrición exagerada o parasitosis.

- Estudio de hemoglobinopatías si es preciso: electroforesis de hemoglobina (talasemias, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías), Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
- Análisis de orina con examen microscópico.
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras) (1 muestra podría ser suficiente en caso de niños asintomáticos). Si es preciso: antígeno de Giardia lamblia, anticuerpo fluorescente directo para Criptosporidium.
- Coprocultivo (1 muestra) para Salmonella, Sbigella, Campylobacter y Yersinia.
- Enzimas hepáticas (GOT, GPT).
- Urea, creatinina.
- Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo).
- Plomo sérico. Es frecuente la intoxicación crónica por plomo en niños de algunos países como los de la Europa del este y China (hasta el 14 % de los niños adoptados en China tienen niveles elevados de plomo en sangre). Esto ocurre por la ausencia de medidas de salud pública: control del plomo de las gasolinas, pinturas, latas de conserva...La mayoría de estos niños tienen una enfermedad subclínica; pero a veces puede ser el origen de deterioro cognitivo, dificultades de aprendizaje o trastornos de comportamiento. Se consideran patológicos niveles por encima de 10 microgramos/dl. En general, encontraremos niveles moderadamente elevados (hasta 45 microgramos/dl) que sólo requerirán seguimiento para comprobar su descenso. Por encima de estas cifras, será necesario tratamiento con quelantes.
- Proteínas totales, albúmina.
- Serología sífilis (VDRL, FTA-ABS).
- Serología VIH 1 y 2 (ELISA). Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando PCR-VIH.
- Serología hepatitis B completa, para catalogar al niño en los diferentes estadios (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y hepatitis delta.)
- Serología hepatitis C sobre todo los procedentes de China, Rusia, Europa oriental y Asia suroriental. Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando RIBA y PCR-ARN.
- Cribado metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria) en menores de 6 meses.

- Pruebas de función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH): en niños mayores de 6 meses.
- Prueba de Mantoux para tuberculosis (2 UT de PPD RT 23).

Es conveniente incluso ante niños vacunados de BCG. Lectura a las 48-72 h.: si la induración transversal es mayor o igual a 10 mm implica realizar estudio para descartar enfermedad y profilaxis (6-9 meses con isoniacida si la radiografía de tórax es negativa). Repetir a los 3 meses para descartar la anergia en casos de malnutrición y otras causas de hiporreactividad. Si hay sospecha clínica considerar Mantoux positivo con más de 5 mm de diámetro transversal. En ambos casos estudio de contactos.

- Si hay sospecha clínica investigar Plasmodium (Frotis de gota gruesa de sangre periférica), Citomegalovirus (cultivo de orina, serología), Filarias.

Es conveniente evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y repetir la serología a los 6 meses para descartar el período de ventana o incubación.

C. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE INMUNIZACIÓN

Se deben revisar las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de nuestra comunidad.

Podemos encontrarnos con los siguientes problemas:

- Ausencia de documento vacunal
- Calendario vacunal incompleto, por ausencia de dosis.
- Calendario vacunal incompleto, por ausencia de vacunas en el calendario del país de origen: sarampión monovalente en vez de triple vírica, o ausencia de vacunas que no están incluidas en su país, como haemophilus influenzae tipo b o meningococo C.
- Escasa fiabilidad de los certificados vacunales de determinados países, como Europa del Este, Rusia y China, y más si proceden de un orfanato, siendo en principio veraces los expedidos en América, India y Corea.
- Documentos con las vacunas anotadas por el nombre comercial y no por el genérico.
- Validez de las vacunas administradas: la vacuna del sarampión ha podido administrarse en forma monovalente (no produce protección frente a rubéola y parotiditis) y, con frecuencia, en dosis única y precoz (pudiendo haber sido inactivada por los anticuerpos maternos transplacentarios); la vacunación neonatal frente a la hepatitis B en hijos de madres portadoras

de HbsAg no siempre se hace en la primera semana de vida y no se utiliza gammaglobulina específica, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad.

Cuando no haya ningún registro vacunal, cuando sea ilegible o no se identifiquen los inmunógenos administrados y cuando, a pesar de existir documentación hay dudas sobre la fiabilidad o la correcta administración, se aplicará calendario de vacunación completo en función de la edad (Tabla 10) .

Sobre la fiabilidad de los certificados vacunales, en principio debemos de asumir que las vacunas que figuren como administradas en el documento que aporten los padres las ha recibido realmente. No obstante, existen estudios que muestran títulos específicos no protectores frente a algunas enfermedades inmunoprevenibles en niños que aportaban documentación de haber recibido un número de dosis que teóricamente deberían de haber causado una buena respuesta inmune.

Por tanto, lo ideal sería practicar serología frente a todas las enfermedades inmunoprevenibles, siempre que existiera para todas ellas un indicador de protección clínica y además se garantizara la disponibilidad de dicha prueba, lo cual no suele habitualmente ser factible. En la práctica, la serología frente a hepatitis B, de solicitud habitual entre las pruebas de cribado de laboratorio, puede orientarnos sobre la veracidad de los antecedentes, si es que consta la vacunación frente a esta enfermedad y si no, nos servirá para detectar posibles portadores de Ag HBs.

Cuando existen dudas sobre la fiabilidad del documento vacunal se puede actuar de la siguiente forma: administrar siempre las vacunas que contempla nuestro calendario pero no el del país de origen (como haemophilus influenzae tipo b o meningococo C), vacuna triple vírica (por encima del año), polio inactivada y una primera dosis de DTPa. Si no se observa reacción local o sistémica importante a esta última, podrá completarse la pauta completa, según la edad del niño. Si aparece, indicaría que ha recibido dosis anteriores de DTP, en cuyo caso no deberían administrarse más dosis, considerándose como ciertas las dosis documentadas.

Cuando las pautas vacunales sean incompletas, por ausencia de dosis de una determinada vacuna, no es necesario reiniciar la pauta. Solo se administrarán las dosis pendientes, aunque se haya superado el intervalo recomendado. En la Tabla 11 se pueden consultar el número de dosis mínima para considerar correcta la vacunación, según la edad de aplicación. Se completarán las dosis pendientes para adaptarlo al calendario vacunal vigente en Castilla y León (Tabla 12).

Tabla 10. Calendario infantil en caso de no aportar documentación de vacunación previa

Edad de inicio de la vacunación	Meses contados a partir de la primera visita						
	0	1	2	4	6	12	24
< 24 meses	HB ⁽¹⁾		HB	HB			
	MCC ⁽²⁾		MCC	MCC			
	DTPa		DTPa	DTPa		DTPa	
	Hib ⁽³⁾		Hib	Hib		Hib	
	VPI		VPI	VPI		VPI	
	TV ⁽⁴⁾						
24 meses a 6 años	HB ⁽¹⁾	HB			HB		
	MCC						
	DTPa		DTPa			DTPa ⁽⁵⁾	DTPa ⁽⁶⁾
	Hib						
	VPI		VPI			VPI ⁽⁷⁾	VPI ⁽⁷⁾
	TV	TV ⁽⁸⁾					
7 - 14 años	HB ⁽¹⁾	HB			HB		
	MCC						
	Td	Td			Td ⁽⁹⁾		
	VPI	VPI			VPI		
	TV	TV ⁽¹⁰⁾					

- (1) HB. Previa realización de marcadores (Ag HBs, anti HBs, anti HBc), si provienen de zonas endémicas.
- (2) MCC. Según la edad de comienzo de la vacunación: 0-5 m: 3 dosis; 6-11m: 2 dosis; >12 m: 1 dosis.
- (3) Hib. Según la edad de inicio de la vacunación: 0-5 m: 4 dosis; 6-11 m: 3 dosis; 12-14 m: 2 dosis; >15 m: 1 dosis.
- (4) TV. A partir de los 15 meses.
- (5) DTPa. A los 12 meses de la segunda dosis. Se puede valorar adelantarla a los 8 meses en caso de dificultad de captación
- (6) DTPa. A los 12 meses de la tercera dosis o coincidiendo con la de 1º de Educación Primaria. Lo recomendable es que finalicen los 6 años con un total de 5 dosis aplicadas. Si la cuarta dosis se administra a los 4 años o más, no es necesaria la dosis de 1º de Educación Primaria y en ese caso, sería suficiente un régimen de 4 dosis aplicadas para considerar a la persona bien vacunada, pues es probable que, aunque los inmigrantes no aporten ningún documento, ya hayan recibido una/s dosis en sus países de origen.
- (7) VPI. Tercera dosis a los 8-12 meses de la segunda. Valorar administrar una cuarta dosis 12 meses después de la tercera dosis, que no es necesaria si en régimen exclusivo de VPI la tercera dosis se administra con 4 o más años. En cualquier régimen mixto con VPO y VPI se necesitan siempre 4 dosis.
- (8) TV. La segunda dosis se puede administrar en el período comprendido entre las 4 semanas posteriores a la recepción de la primera dosis y los seis años de edad.

- (9) Td. La tercera dosis se puede administrar indistintamente entre los 6 y 12 meses de la segunda. Después de una primovacunación completa con tres dosis, debe transcurrir un mínimo de 10 años antes de recibir una dosis de recuerdo no siendo necesarias más de dos. En este caso, un total de 5 dosis a lo largo de toda la vida son suficientes para garantizar inmunidad de larga duración.
- (10) TV. La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis.

ABREVIATURAS

TV	Triple Virica (sarampión, rubeola, parotiditis)	VPI VPO	Vacuna pollo inyectable Vacuna pollo oral
T	Tétanos	VHB	Hepatitis B
D/d	Difteria/ Difteria tipo adulto	MCC	Meningococo conjugado C
Tos	Tos ferina	Pa	Tos ferina acelular
Hib	Haemophilus influenzae tipo b	Td	Tétanos-difteria tipo adultos

Tabla 11. Número de dosis mínimas recibidas para considerar correcta la vacunación en función de la edad de inicio de la vacunación

Edad de comienzo de recepción de la vacuna	TV	T	D/d	Tos	Hib	VPI	VHB	MCC
<24 meses	1 ⁽¹⁾	4	4	4	1-4 ⁽²⁾	4	3	1-3 ⁽³⁾
24 meses a 6 años	2 ⁽¹⁾	4-5	4-5	4-5	1-4 ⁽²⁾	4	3	1
7-18 años	2	3	3			3	3	1 ⁽⁴⁾

- (1) Las dosis de TV recibidas antes de los 12 meses así como las dosis exclusivas de antisarampión no deben contabilizarse.
- (2) Según edad de comienzo de vacunación: 0-5 m: 4 dosis; 6-11m: 3 dosis; 12-14m: 2 dosis; >15m:1 dosis.
- (3) Según edad de comienzo de vacunación: 0-5 m: 3 dosis; 6-11m: 2 dosis; >12 m: 1 dosis.
- (4) Desde otoño de 2004, en Castilla y León la vacuna MC se recomienda a los nacidos a partir de 1987.

Tabla 12. Calendarios de vacunación infantil en la Comunidad de Castilla y León.



CONSULTAS
POSTERIORES

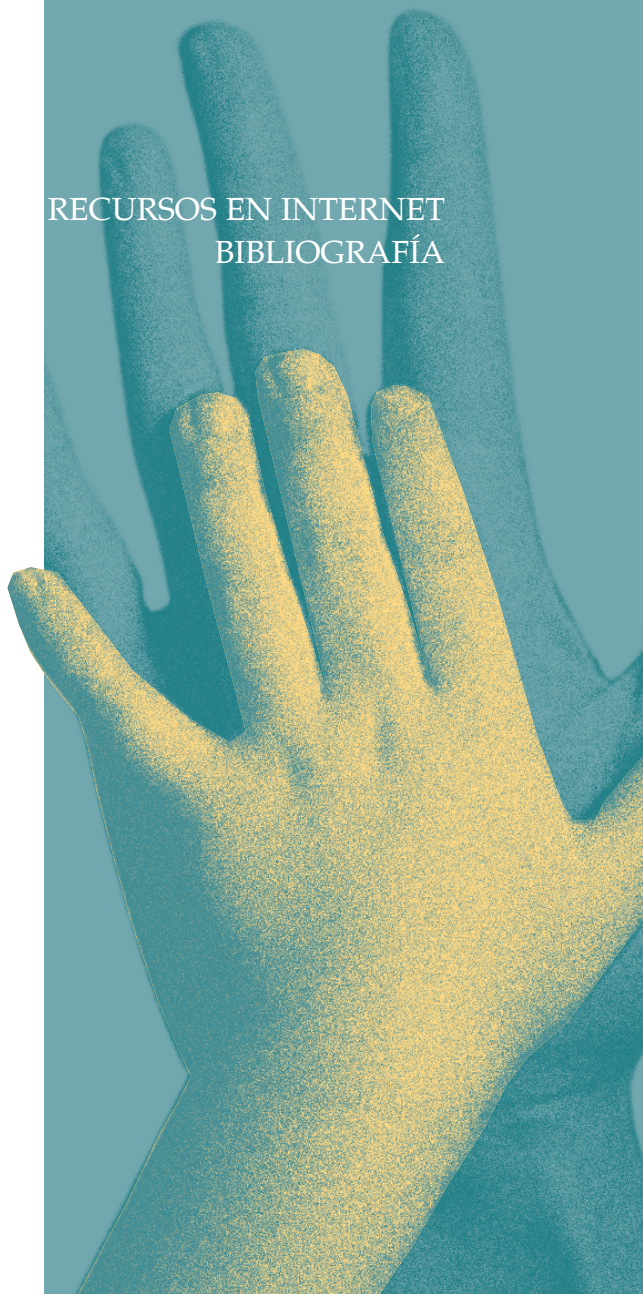


Los niños procedentes de adopción internacional deben ser considerados niños con necesidades especiales, al menos temporalmente y su seguimiento evolutivo debe ser individualizado hasta conseguir normalizar todos sus datos.

En su asistencia sanitaria se debe prestar especial interés en los siguientes puntos:

- Incluir al niño en el Programa del Niño Sano.
- Seguimiento del calendario de vacunación correspondiente.
- Seguimiento somatométrico (P,T,Pc) comprobando la normalización de los valores.
- Evaluación del progreso en el desarrollo psicomotor. Esta evaluación se puede hacer más exacta alrededor de los tres meses después de la adopción, cuando el niño y la familia ya están mejor adaptados. Rehabilitación intensiva para potenciar su desarrollo en caso necesario. Se precisa un seguimiento estrecho para poder detectar problemas del desarrollo que pueden aparecer más tarde, problemas de aprendizaje, trastornos del lenguaje, etc
- Informar a las familias de la presunta aparición de situaciones no esperadas por los nuevos padres una vez superada la etapa inicial.
- Detección de trastornos del vínculo.
- Control del desarrollo psicoafectivo.
- Repetición, si es necesario, de estudios serológicos.
- Tener siempre presente la posibilidad diagnóstica de cualquier patología pediátrica, como en cualquier niño de nuestro medio y además posibles patologías importadas (Tabla 8).
- En cuanto a la escolarización, se debe situar al niño en una clase próxima a su edad cronológica a pesar de la talla o desarrollo retrasado, pues una discrepancia de dos años o más puede dar muchos problemas cuando el niño alcance el desarrollo correspondiente a su verdadera edad. Recordad a los padres que tienen los mismos derechos que otros niños para recibir clases de apoyo en la escuela.

RECURSOS EN INTERNET
BIBLIOGRAFÍA



Algunas páginas con información sanitaria sobre la adopción internacional:

- <http://www.aepap.org/inmigrante/index.htm> -Página web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria con una sección dedicada a la inmigración y a la adopción internacional
- <http://www.aeped.es/vacunas/vacunas2005.htm>. Calendario vacunal recomendado por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para el año 2005. Enlaces con calendarios de otros países
- <http://www.jcyl.es/jcyl-client/jcyl/cs/dgspc/tkContent?id-Content=22652>. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Calendario vacunal Junta de Castilla y León.
- <http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm>-España, Guías Clínicas Fisterra 2003. Adopción Internacional. Autor Oliván Gonzalvo, G.
- <http://www.spapex.org/spapex/chin.pdf>
- <http://www.spapex.org/spapex/tablas.pdf>. Protocolo de Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China. Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex). - Morell Bernabé JJ.
- <http://www.aeped.es/pdfdocs/olivan-senado.pdf>. Informe del Dr Oliván Gonzalvo G. sobre Adopción internacional y salud. Comparecencia ante la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España. Madrid: Palacio del Senado. 16.06.2003. Expediente 713/ 000829. Incluye recomendaciones
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/adoption.html>-Recursos sobre adopción internacional en Medline Plus.
- <http://www.orphandoctor.com>-Web de J. Aronson dedicada a la adopción internacional
- www.adoptionmedicalnews.com. Pagina dedicada a temas médicos de adopción
- <http://naic.acf.hhs.gov/>-The National Adoption Information Clearinghouse (NAIC)
- <http://www.aap.org>. Página de la Academia Americana de Pediatría con diversos artículos e informes entre otros aspectos de la adopción
- <http://www.cdc.gov/travel>-Centers for Disease Control and Prevention. Información sobre temas sanitarios en viajes internacionales

- <http://www.immunize.org/adoption/index.htm>-Immunization Action Coalition (IAC): Reúne enlaces a citas bibliográficas, recomendaciones y web de interés relativas a la vacunación y adopción internacional.
- <http://www-nt.who.int/vaccines/globalsummary/Immunization/CountryProfileSelect.cfm> (Calendarios de todos los países del mundo según OMS).
- <http://www.comeunity.com/adoption/health/growth.html> Gráficas de crecimiento de China y otros países

Asociaciones de padres de niños adoptados internacionalmente, con enlaces de interés tanto en España como a nivel Internacional:

- www.arfacyl.org. Asociación Regional de Familias Adoptantes de Castilla y León. Con un servicio de información sobre adopción, es un servicio gratuito desarrollado en ARFA con el patrocinio de la Junta de Castilla y León,
- www.asatlas.org. Asociación ATLAS en defensa de la Adopción
- www.coraenlared.org. Coordinadora de asociaciones en defensa de la adopción y el acogimiento
- <http://www.afada.org/>. Asociación de adoptantes de Aragón
- <http://www.afac.net/index1.htm>-Asociación de Familias adoptantes en China.
- <http://fwcc.org/welcome.html>-Families with Children from China
- <http://www.china-ccaa.org/>-China Centre of Adoption Affairs
- <http://www.frua.org>-Families for Russian and Ukrainian Adoption (FRUA)
- <http://www.binies.net/infadop/>-Asociación en Defensa del Derecho de la Infancia a la Adopción. Revista al servicio de los profesionales y de las familias adoptivas y acogedoras

Aspectos legales y éticos

- <http://www.jcyl.es/jcyl-client/jcyl/cfio/gss/tkContent?id-Content=21045>. Información de la J C y L. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. Información General sobre distintos aspectos de la

adopción Internacional en Castilla y León. (Normas, trámites, procedimientos, direcciones de interés etc)

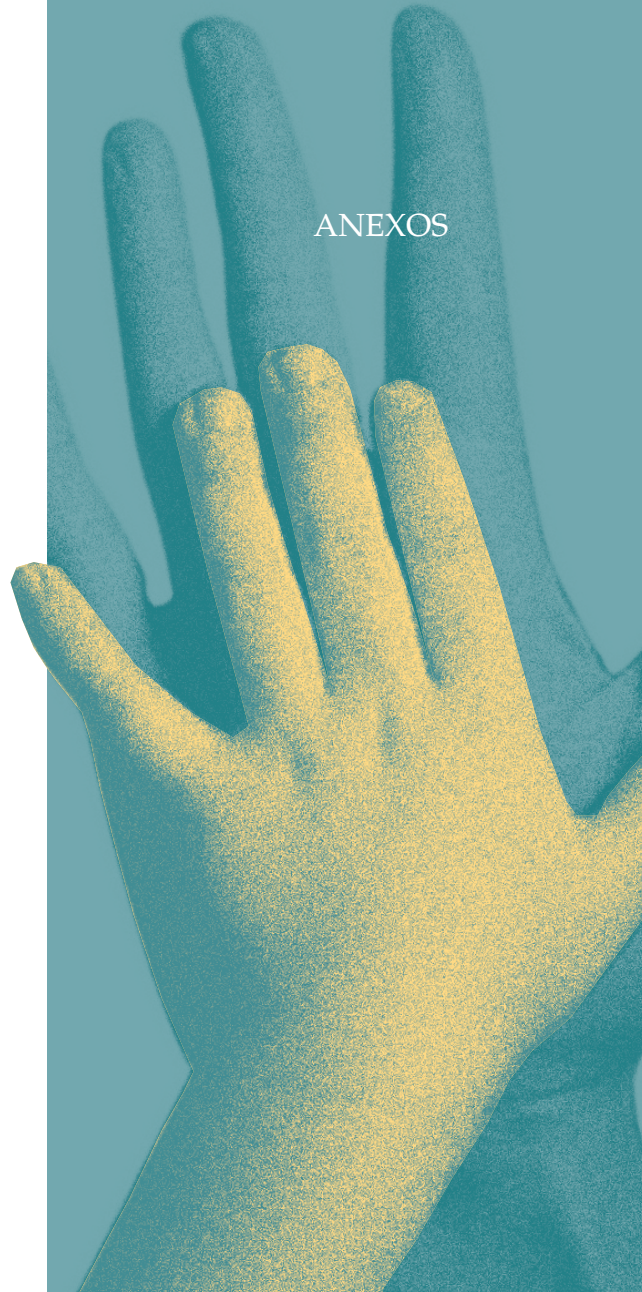
- <http://www.who.int/child-adolescent-health/right.htm>-OMS - Derechos del niño y adolescente
- http://www.mju.es/guia_adopcion.html-Guía sobre adopción internacional en España. Ministerio de Justicia.
- http://europa.eu.int/comm/justicehome/ejn/parental_resp/parental_resp_int_en.htm. Incluye convenciones internacionales sobre la protección de la infancia y la responsabilidad de los padres. Entre ellas "Convenio de La Haya de 1993 sobre protección del niño y cooperación en materia de adopción internacional".

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Allué X. Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 21-24.
- American Academy of Pediatrics, Report of the Committee of Infectious Diseases, Red Book, 26^a Ed. esp.,2003.
- Bledsoe and Johnston. Preparing Families for International Adoption. *Pediatrics in Review*.2004; 25: 242-250.
- Committee on Early Childhood, Adoption & Dependent Care. Initial Medical Evaluation of an Adopted Child. *Pediatrics* 2003;112:1437
- De Juanes Pardo JR. Viajes internacionales; recomendaciones generales y vacunas. Madrid, 2002.
- Fumadó V. Atención a l´infant adoptat en altres païses. *Pediatr Catalana* 2002;62: 81-86
- Garay J, Fernández C. García MA. La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante . Fundación CESM . Comunidad de Madrid. Madrid 2002
- Grupo de trabajo de tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de la tuberculina en niños. *An Esp Pediatr* 2003;59:582-5
- Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid. (En línea). (Fecha de consulta 20 Julio 2005). Disponible en URL: <http://aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf>
- Hostetter, M K ; Johnson, D. E. Immunization Status of Adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. *Pediatric Res*. 1998;43:147a.
- Hostetter, MK. Infectious diseases in internationally adopted children: Findings in children from China, Russia, and Eastern Europe. *Adv Pediatr Infect Dis* 1999;14:147-161.

- Huerga H, López-Vélez R.. Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002; 4: 73-80.
- Jenista, JA; Chapman D.D. Medical Problems of Foreign-born adopted children. *American Journal of Diseases in Children* 1987, 141,298-302.
- Jenista JA. Preadoption review of medical records. *Pediatr Ann* 2000;29: 2125.
- Johnson D.E y cols. Health Status of US Adopted Chinese Orphans. *Pediatric Research*, 1996, 39 part 2, 793.
- López Segura N y cols. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 227-230.
- Miller LC. Initial assessment of growth, development, and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatr Ann* 2000; 29: 224-232.
- Miller LC. Caring for international adopted children. *N Engl J Med* 1999; 341: 1539-1540.
- Miller LC, Hendrie NW. Health of Children Adopted From China. *Pediatrics* 2000; 105; e76.
- Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunisation status of internationally adopted children. *Pediatrics* 2001;108:1050-1051
- Morell Bernabé JJ. "Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China"(en línea) (fecha de consulta 20 Julio 2005). Disponible en URL <http://www.spapex.org/spapex/documentos.htm>
- Moya M y cols. Integración de los inmigrantes en nuestro sistema de salud. *An Esp Pediatr* 2001; 56; 274.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional; guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-140
- Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. *Rev Neurol* 2003;37(11):1009-1013
- Oliván Gonzalvo G, Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? *An Pediatr (Barc)* 2004; 61: 344 - 345
- Palmero Guillén, SG, Segura Reche F. La adopción internacional, un fenómeno en expansión. *An Esp Pediatr* 2002; 56 (Supl 5): 201.
- Saiman L, Aronson J, Zhou J et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics* 2001; 108: 608-12.
- Schulte JM. Evaluating Acceptability and Completeness of Overseas Immunization Records of Internationally Adopted Children. *Pediatrics* 2002; 109: e22
- Sonogo M, García Pérez J y Pereira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 489-491.
- Guía de Atención Sanitaria al inmigrante en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. 2004.

ANEXOS



ANEXO I . RECOMENDACIONES A LOS PADRES SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL MALETÍN MÉDICO DE VIAJE, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.

	INDICACIONES (*)	DOSIS/ INTERVALO DURACIÓN
Antitérmicos Paracetamol Ibuprofeno	Fiebre, dolor o malestar	
Antibiótico amplio espectro Amoxicilina Amoxicilina-clavulánico Azitromicina	Otitis (Supuración etc) o infecciones respiratorias agudas	
Colirio de Tobramicina	Conjuntivitis (ojo rojo y secreción mucopurulenta)	
Fórmulas hidroelectrolíticas para rehidratación oral	Diarrea y/o vómitos	Dar instrucciones por separado del manejo de vómitos y diarrea
Medicación sintomática, y medidas aliviadoras (suero fisiológico para lavados nasales)	Procesos catarrales y viriasis	
Supositorios de glicerina otras medidas	Estreñimiento	
Pomadas descongestivas si no mejora corticoides tópicos (Hidrocortisona al 1%)	Dermatitis del área del pañal, eczemas, picaduras	
Antifúngico (Nistatina).	Micosis	
Antihistamínicos clásicos Hidroxicina Dexclorfeniramina	Reacciones alérgicas Prurito asociado a problemas cutáneos	
Termómetro rectal	Control de temperatura. Si > 38° C. aumentar el aporte de líquidos	
Gasas estériles,tiritas esparadrapo y un antiséptico	Pequeñas curas	
Jeringa calibrada	Preparar y administrar medicamentos	
Higiene Champú y lociones hidratantes. Pañales y toallitas	Higiene diaria	
Alimentación Fórmulas lácteas adaptadas(mejor en sobres unidosos). Cereales, purés, galletas. Chupetes Tetinas, biberones (2), cuchara, tazón		Dar hoja de alimentación adaptada a la edad del niño. Instrucciones de preparación
*Dar instrucciones sobre los casos en los que debe acudir urgentemente a un médico		

ANEXO II . CONSEJOS EN CASO DE VIAJES INTERNACIONALES

ANTES DEL VIAJE

- Medidas generales

- Visita previa al Médico de cabecera (Información, medicación, control patología previa, etc.).
- Conocer el sistema sanitario del país y la cobertura (INSS).
- Vestuario y clima: Vestuario adecuado. Comprobar sábanas y mantas antes de acostarse, ropa y calzado antes de vestirse (posible presencia de insecto u otro animal).
 - Tomar abundantes líquidos (té y bebidas ricas en sales minerales) con calor y humedad.
 - Protección solar según la zona (sombrero, gafas de sol y aplicarse cremas con filtro solar).
 - Si alergias conocidas valorar la época estacional, país de destino, medicación a llevar.
- Botiquín básico.

- Vacunaciones sistemáticas

- Vacunaciones obligatorias

- **Vacunaciones recomendadas** (Consultar Servicio de Vacunaciones Internacionales). Anexo III

- **Prevención del paludismo** si es necesario (Ser consciente del riesgo, evitando la picadura del mosquito y tomando la quimioprofilaxis adecuada).

DURANTE EL VIAJE

Cuidado con los alimentos (Riesgo elevado de diarrea)

- No ingerir verduras crudas. Especial cuidado con ensaladas y hortalizas. (Se pueden desinfectar con lejía apta para el consumo humano, sin detergente ni perfumada, a razón de una o dos gotas por litro de agua).
- Las carnes, pescados deben consumirse suficientemente cocinados. No moluscos crudos.
- Se recomienda consumir sólo fruta pelada, o lavada con agua apta para el consumo y unas gotas de lejía.
- Cuidado con la repostería y los helados por su fácil contaminación.
- No consumirse leche ni derivados sin higienizar.

Cuidado con el agua. Beber sólo agua que ofrezca suficientes garantías o agua embotellada que deberá ser abierta en su presencia. No admitir cubitos de hielo en las bebidas. Mayor garantía y seguridad, los refrescos y bebidas embotelladas y las bebidas calientes (té, café, por la temperatura a la que se someten.)

Alteraciones digestivas

- Estreñimiento (Por transgresiones dietéticas, modificaciones hábitos alimenticios, inmovilidad prolongada etc)
- Dolores de estómago (abuso de picantes, condimentos, bebidas alcohólicas y frutas ácidas). Para resolverlo muchas veces basta con restablecer el equilibrio alimentario con una dieta apropiada.

Cuidado con los baños.

EN AGUA DULCE: evitar lavarse y bañarse en aguas que puedan estar contaminadas por excrementos. Sólo son seguras las piscinas con agua clorada.

EN AGUA DE MAR. En principio no implican riesgos de enfermedades transmisibles. Es recomendable informarse de los lugares permitidos y de los posibles riesgos (medusas, picaduras de peces, etc)

Protección contra los animales (Por regla general evitar el contacto.)

Enfermedades de transmisión sexual. El contacto sexual múltiple o con personas que mantienen relaciones múltiples puede ser un peligro. Tomar precauciones (Preservativo)

Para evitar el contagio a través de la sangre nunca se deben compartir agujas, jeringuillas ni cualquier otro material que pueda estar contaminado (cuchillas de afeitar, cepillos de dientes, utensilios para tatuajes o acupuntura, etc.).

AL REGRESO

Algunas enfermedades tropicales no se manifiestan inmediatamente, pudiendo presentarse bastante tiempo después del regreso. En el caso de que se necesite acudir al médico, deberá informarle de que ha realizado un viaje en los últimos 12 meses a una zona tropical o país en vías de desarrollo

(Tomado de: La Salud también viaja - <http://www.msc.es/sanidadexterior>)

**ANEXO III . CENTROS DE ATENCIÓN A VIAJEROS
INTERNACIONALES.**

**SERVICIOS TERRITORIALES DE SANIDAD
Y BIENESTAR SOCIAL
(SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA)**

CIUDAD	DIRECCIÓN	CP	TELÉFONO
AVILA	C/ San Juan de la Cruz, 28	05001	920/355078
*BURGOS	Avda. Sierra de Atapuerca, 4	09002	947/280107
*LEÓN	Edificio de Usos Múltiples de la Junta de Castilla y León - 2ª Planta Avda. Peregrinos, s/n	24008	987/296255
PALENCIA	Avda. Casado del Alisal, 32	34001	979/715443
*SALAMANCA	Avda de Portugal, 83-89	37071	923/296030
SEGOVIA	Avda. Juan Carlos I, 3	40005	921/417155
SORIA	C/ Nicolas Rabal, 7	42003	975/236589
*VALLADOLID	Avda. Ramón y Cajal, 6	47001	983/413783
ZAMORA	Plaza de Alemania, 1	49014	980/547441

* Centros de Vacunación Internacional en la Comunidad