

Guía Consensuada de Pediatria en Adopción

Revisión junio de 2008



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICA SOCIAL



Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios.

Coordinación general:

- **Alberto Núñez López.** Coordinador de la Comisión de Salud en CORA. Vocal de Salud de la asociación madrileña Atlas. Equipo Unidad de Vigilancia de la Salud del Ayuntamiento de Alcalá de Henares, Madrid.

Autores (por orden alfabético):

- **Susana Alberola López.** Pediatra. Coordinadora del Plan de Atención Socio-sanitaria del Área de Palencia. Vocal por Palencia de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.
- **Ana Berastegui Pedro-Viejo.** Psicóloga. Profesora de la Universidad de Comillas. Investigadora de la Adopción.
- **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 Cortes Lozano.** Pediatra. Residencia infantil del Instituto Madrileño del Menor y Familia "Casa de los niños". Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid.
- **Victoria Fumadó Pérez.** Pediatra. Unidad de Patología Importada del Hospital Sant Joan de Deus, Barcelona.
- **Milagros García López-Hortelano.** Pediatra. Unidad de Pediatría tropical. Servicio de Pediatría. Hospital Carlos III, Comunidad de Madrid.
- **Jesús García Pérez.** Pediatra. Jefe de Unidad de Pediatría Social del Hospital Niño Jesús, Madrid.
- **Ángel Hernández Merino.** Pediatra. Centro de Salud La Rivota, Alcorcón, Comunidad de Madrid.
- **Julián Lirio Casero.** Pediatra adjunto. Unidad de Pediatría Social. Hospital Niño Jesús, Madrid
- **Gonzalo Oliván Gonzalvo.** Pediatra. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Servicios Sociales y Familia, Gobierno de Aragón, Zaragoza.
- **Lila Parrondo Creste.** Psicóloga. Directora de Adoptantis, servicio concertado por la Comunidad de Madrid como centro de oficial de evaluación y apoyo psicosocial en la postadopción.

Promotores:

- Federación CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento, www.coraenlared.org/)
- Asociación Atlas en Defensa de la Adopción, Madrid.

Fuentes de financiación:

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

- Ministerio de Educación, Deporte y Política Social. Secretaria de Estado de Política Social, Dirección general de la Familia.
- Federación CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento)

Notas de los promotores:

- La difusión total o parcial de este documento debe contar con la autorización de la Federación 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:

Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, García Pérez J, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G, Parrondo Creste. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios, 2008. Madrid: CORA, Septiembre 2008.

Agradecimientos:

- A todos los autores de esta obra, por su altruista colaboración con total y absoluta entrega.
- A las administraciones públicas que se han interesado en este trabajo y nos han dado su apoyo.
- A mis compañeros de la Asociación Atlas, Paco Rúa (presidente), Juan Manuel (vicepresidente), Teresa y M^a Eugenia (vocales). Con ellos iniciamos este camino, sin su ayuda no hubiera sido posible ninguna guía de salud en adopción.
- A la sede madrileña de la Universidad Pontificia de Comillas, por cedernos espacios para nuestras reuniones preparatorias. A la agencia especializada en estos eventos CULTURAL-LINK, con sede en Alcalá de Henares, que hizo posible que nos pudiéramos reunir.
- Y por supuesto, a mi esposa M^a José, a mi hija Rita y por extensión a todas las familias de este equipo de trabajo, que han demostrado su paciencia y han comprendido la importancia de nuestras ausencias.

A todos ellos y ellas, mis más sentido agradecimiento.

Alberto Núñez. Coordinador 2008.

Índice de la guía extensa.

Título	Pag.
Presentación	3
Introducción	5
Justificación	5
Objetivos	10
Características del niño adoptado	10
Pre-adopción	11
La consulta médica pre-adoptiva	11
Los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud. Generalidades	11
Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia.	14
China y sudeste de Asia	16
Contexto	16
Problemas de salud	16
Informes médicos pre-adoptivos	17
Vietnam	17
Europa del este, incluido Kazajstán	18
Contexto	18
Problemas de salud	20
Información médica pre-adoptiva	22
Seguimiento post-adopción	23
Latinoamérica	23
Contexto	23
Problemas de salud	24
Subcontinente indio	26
Contexto	26
Problemas de salud	27
África	31
Contexto	31
Problemas de salud	32
Los informes pre-adoptivos y los datos a obtener en adopción internacional	35
El viaje y la estancia en el extranjero.	38
Como identificar los riesgos y el modo de evitarlos	39
Cuidados básicos del niño	40
Algoritmo de la consulta de pre-adopción.	46
Post-adopción	47
La evaluación médica inicial	47
Cuando realizarla y que evaluar	47
El seguimiento	50
Evaluación y seguimiento del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal	50
Valoración nutricional	50
Crecimiento y gráficas	51
Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor	52
Evaluación, seguimiento y actualización del estado de inmunización	53
Pautas	53
Objetivos y actividades	55
¿Cuándo considerar que los registros vacunales son válidos?:	55

Actualización de las inmunizaciones en función de la edad y las vacunaciones previas documentadas.	55
Estrategias posibles.	56
Recomendaciones para cada tipo de vacuna:	56
Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño correctamente inmunizado:	57
Pautas de actualización vacunal en niños no vacunados o inmunizados de forma incompleta según la edad:	57
Evaluación y seguimiento de la visión y de la audición.	68
Evaluación y seguimiento de la dentición	68
Evaluación y seguimiento de la edad cronológica.	68
Evaluación y seguimiento psico-social en post-adopción.	68
Diferencias en el niño.	68
Diferencias en el papel de la familia.	69
La adaptación inicial: adquisición de nuevos hábitos	69
La vinculación afectiva.	70
El apego en el proceso evolutivo.	71
Causas de las dificultades en el desarrollo del apego	71
Sintomatología de los trastornos del apego	72
Apego y adopción.	72
El desarrollo del lenguaje.	74
Los problemas de comportamiento.	74
Dificultades de atención y/o autocontrol.	75
Dificultades para aceptar normas y límites.	75
La integración social y escolar	76
Dificultades más frecuentes.	76
La comunicación sobre los orígenes	77
Identidad y adolescencia.	78
¿Cuándo solicitar ayuda especializada?	78
Otras evaluaciones y seguimientos.	80
Algoritmo desarrollo de las visitas post-adopción (tras la llegada)	82
Notas aclaratorias.	83
Pronostico evolutivo.	83
Bibliografía.	84
Anexo: Guía de centros de apoyo psicossocial postadoptivo	92

Tabla	Título	Pág.
1	Adopciones internacionales en España, 1997-2007	7
2	Factores de riesgo generales de los países de origen	12
3	Factores de riesgo previos a la institucionalización.	12
4	Factores de riesgo durante la institucionalización	12
5	Problemas de salud muy frecuentes.	13
6	Problemas de salud frecuentes	13
7	Problemas de salud infrecuentes	14
8	Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.	15
9	Enfermedades encontradas en niños adoptados procedentes de China	18
10	Manifestaciones sociosanitarias y consecuencias en la población materno-infantil de las transformaciones sufridas por los países de Europa del este en la década de los 90.	19
11	Antecedentes sociofamiliares, prenatales y perinatales de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.	20
12	Principales problemas de salud en una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.	21
13	Diagnósticos de índole neurológica descritos en los informes médicos de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este	23

14	Estudio con niños adoptados en Guatemala	25
15	Datos demográficos y de salud del subcontinente Indio	26
16	Perfil general de salud subcontinente Indio	27
17	Citas bibliografías y problemas de salud en niños adoptados en India	30
18	Deficiencias observadas en los informes médicos pre-adoptivos.	36
19	Datos médicos y sociosanitarios a obtener de todo niño adoptable en el extranjero.	37
20	Características de un video válido para estudio pre-adoptivo	38
21	Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias que viajan al extranjero.	40
22	Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero	41
23	Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales	42
24	Profilaxis antipalúdica	43
25	Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica	44
26	Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional	45
27	Evaluación médica básica recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero.	47
28	Evaluación médica específica recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero.	49
29	Calendario vacunal en los principales países de origen de adopción internacional e inmigración (año 2006).	54
30	Cobertura vacunal en los principales países de origen de adopción/inmigración (período 2000-2006).	55
31	Calendario oficial de vacunaciones de la AEP, 2008	57
32	Vacuna hepatitis B	58
33	Actuación según el resultado de anti-HBs y el estatus vacunal registrado	58
34	¿Cómo interpretar los marcadores de hepatitis B? (../..)	58
35	Vacuna anti-poliomielitis	59
36	Vacuna DTPa	61
37	Vacuna Hib	62
38	Vacuna Meningococo C	62
39	Vacuna Triple vírica (TV)	62
40	Vacuna Varicela	63
41	Vacuna Neumococo conjugada	63
42	Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado según la edad	64
43	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 3 a 6 meses	65
44	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 7 a 11 meses	65
45	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 12 a 23 meses	66
46	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 2 a 4 años	66
47	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 5 a 6 años	67
48	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 7 a 22 años	67
49	Trastornos de apego, sintomatología	72
50	Conductas problemáticas de apego	73
51	Escala de indicadores de la calidad del apego	79
52	Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional	81
Figura	Título	Pág.
1	Evolución adopción internacional en España por áreas de origen. Periodos 1997-2007.	9
2	Datos actuales oficiales 2003-2007.	10
3	Comparativa adopción internacional en España con Francia y Suecia.	10
4 y 5	Causas de mortalidad infantil en África	32

PRESENTACIONES Y PROLOGOS.

La Adopción Internacional ha tenido en los últimos años un incremento muy considerable en nuestro país. Desde el año 1997 hasta 2007, es decir en 11 años, han llegado a España un total de 37.585 niños/as adoptados.

La Adopción Internacional presenta unas características especiales que hace necesario un abordaje singular tanto desde el punto de vista psicológico y educativo como del sanitario. Por ello es muy necesario que los profesionales que prestan una atención directa a los niños dispongan de instrumentos técnicos que les permitan afrontar con más éxito y garantías su trabajo.

La Guía Consensuada de Pediatría en Adopción tiene como objetivo fundamental orientar y facilitar a los profesionales de la Medicina el conocimiento y características de los problemas de salud, no comunes en nuestra sociedad, que pueden presentar los menores procedentes de adopción internacional, y orientar a las familias, incluso antes de la adopción. Tiene una andadura de 3 años y la experiencia adquirida ha aconsejado una revisión y ampliación para su adaptación a la nueva realidad.

Por ello, en sus dos versiones, la Guía extensa y la reducida, ambas dirigida a pediatras y otros profesionales sanitarios, es un instrumento conveniente y complementario de otros aspectos en adopción internacional, para una mejor integración de los menores en sus nuevas familias.

Quiero agradecer el esfuerzo realizado por el grupo de profesionales que han aportado sus conocimientos para la elaboración de esta Guía.

Amparo Marzal

DIRECTORA GENERAL DE LAS FAMILIAS Y LA INFANCIA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLITICA SOCIAL, FAMILIAS Y DISCAPACIDAD
MINISTERIO DE EDUCACION POLITICA SOCIAL Y DEPORTE

La creciente llegada a nuestro país de niños procedentes de otros entornos, muchos de ellos vinculados a procesos de adopción internacional, ha generado nuevas realidades derivadas de la necesidad de adaptar la salud física y mental de estos menores a los parámetros vigentes en nuestro país, afrontando muchas situaciones que en España no se producen.

No se trata sólo de cuestiones médicas. Los niños adoptados, y especialmente aquellos procedentes de la adopción internacional, también presentan con frecuencia problemas mentales y emocionales asociados al hecho de no haber vivido nunca en un entorno familiar o de haber pasado largas temporadas en instituciones en las que no han podido recibir la atención necesaria. Dificultades de adaptación, escasa estimulación, problemas de vinculación a una nueva familia, son aspectos importantes que hay que considerar también.

Esta Guía, elaborada de forma conjunta por un representativo grupo de pediatras y psicólogos infantiles, es una herramienta de gran utilidad para aquellos que atienden a menores adoptados en muy diversos países. En ella se ofrece información puntual - basada en la experiencia con varios miles de niños - de las distintas enfermedades que se dan en sus lugares de procedencia, las posibles carencias o problemas de salud con los que los menores pueden llegar, los tratamientos y el seguimiento que requieren, los parámetros vigentes para normalizar su situación médica, etc...

Desde el punto de vista psicológico se exponen las distintas reacciones que pueden tener estos menores al llegar a su nueva familia, las carencias emocionales que han tenido y todos los trastornos o patologías que, como consecuencia de estas circunstancias, puedan padecer. Es esta una información que también deben transmitir a las familias, antes de la adopción y después de la misma, para que el seguimiento personalizado de los niños sea el adecuado en todo momento.

Se trata, pues, de una publicación muy útil para los profesionales responsables de la correcta evolución médica y psicológica de estos niños. Una Guía exhaustiva, pero sencilla de consultar, que responde plenamente a los objetivos propuestos: mejorar la atención y el conocimiento de las circunstancias de los niños adoptados para garantizar al máximo posible su protección y correcto desarrollo.

Arturo Canalda

DEFENSOR DEL MENOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Introducción

La adopción internacional ha aumentado en nuestro entorno de forma extraordinaria y en menos de una década la sociedad española se ha habituado a una realidad casi desconocida (Figura 1). En este proceso la familia ha representado el pilar fundamental en la integración plena del menor procedente de instituciones tutelares extranjeras.

La adopción es un proceso que no está exento de dificultades para estos menores, debido a la exposición previa a diversos factores potenciales de riesgo, presentan mayor porcentaje de alteraciones tanto de la salud física como del desarrollo neuromadurativo, de la faceta psicológica o de adaptación social. En ese sentido debemos destacar las siguientes situaciones que son fundamentales en adopción internacional.

- A. La información médica y sociosanitaria pre-adoptiva que se ofrece de los menores tutelados en instituciones extranjeras es, en general, deficiente. En muchos casos, la falta de información es tan acusada que su evaluación no permite identificar la existencia de problemas pasados o presentes que puedan afectar a su desarrollo.
- B. Por otro lado tenemos constancia 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 conocidos antes de la adopción.
 - El 60% de los problemas sanitarios que presentan estos niños no son detectables con una simple exploración médica, sino que son precisas pruebas complementarias.
 - Las enfermedades infecciosas pueden estar presentes hasta en un 35% en este grupo de niños.
- C. Además de la información pre-adoptiva y de la inexcusable visita médica al llegar, las familias que van a adoptar deben estar debidamente preparadas para afrontar:
 - Que el viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos -en su mayoría prevenibles- de adquirir enfermedades transmisibles y que por ello es preciso asesorarse sobre las medidas necesarias de prevención.
 - Que los cuidados al menor durante la estancia en el extranjero implican unos conocimientos elementales sobre alimentación, higiene y enfermedades infantiles comunes y que por el mismo motivo, es conveniente conocer el contenido de un botiquín de viaje y sus normas de utilización.

Para reconocer y corregir precozmente cualquier complicación, es indispensable realizar una evaluación médica basada en un protocolo dirigido tras la llegada a la comunidad de destino. Los objetivos serán mejorar su estado general de salud, promover su desarrollo integral y evitar problemas de adaptación familiar y social.

Justificación

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 primer contacto y su relación se va a prolongar hasta la adolescencia.

La Convención internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño adoptado 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 posibles desarraigados¹. Así mismo, el Convenio de La Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la protección del niño y la cooperación en materia de adopción internacional, establece las garantías legales y respeto de los derechos fundamentales del menor necesarios en el ámbito de la tramitación de las adopciones internacionales².

Desde la ratificación del Convenio internacional de La Haya en 1995 por España este fenómeno social se ha incrementado de manera exponencial en nuestro país, de tal forma que en el año 2004 se situó como la segunda nación del mundo en número absoluto de adopciones internacionales, por detrás de los Estados Unidos de América (y primero en tasa de adopciones por población). Según datos del Ministerio de Educación, Deporte y Política Social³, el total de niños adoptados en nuestro país en el período 1997-2007 ha sido de 37.582 procediendo de 57 países, aunque 4 de ellos (China, Federación Rusa, Etiopía y Colombia) suponen el 77% del total (Tabla 1, figuras 1, 2 y 3). Según la misma fuente, el número de solicitudes presentadas para la adopción internacional aumento pasando de 5.866 en el año 2000 a 11.054 en el 2004, lo que supone un aumento en la tasa de 45 a 78 solicitudes nuevas por cada cien mil hogares en cuatro años.

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 propuestas aportadas por 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 2003⁴ habiendo sido aprobado por unanimidad en Sesión Plenaria de la Cámara del Senado celebrada el 10 de diciembre de 2003. La Comisión formuló una serie de importantes conclusiones y recomendaciones en el ámbito normativo de las administraciones competentes. Entre las formuladas destaca la necesidad *del 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 divulgar los distintos aspectos de la salud en 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 22 asociaciones independientes de familias adoptantes del territorio nacional, promovieron el proyecto "Consenso en adopción internacional, guía para pediatras y otros profesionales sanitarios". Ha sido financiado y apoyado conjuntamente por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Instituto del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid, y presentado el 25 de noviembre de 2005 en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, con presencia de

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).

Oficina para el Alto Comisionado de los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. [en línea][consultado el 21/06/2008]. Disponible en www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm (extracto en Rev Pediatr Aten Primaria. 1999;1:139-161. 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, 01/08/1995, páginas 23448-54 [en línea][consultado el 12/07/2007]. Disponible en www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1995/18485&xtlen=1000

³ 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 2002-2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Mayo, 2008.

⁴ 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

⁵ Ley 54/2007 de Adopción Internacional publicada en el BOE nº 132 del 29/dic./2007, Pág. 53676 al 53686.

importantes autoridades ministeriales y autonómicas. Igualmente fue presentado ante la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears el 9 de noviembre de 2007.

La nueva Ley de Adopción Internacional⁵ aprobada recientemente por el Congreso de los Diputados el 20/12/2007, supone un importante avance en la regulación de la misma para el Estado Español, con modificaciones que afectan a disposiciones anteriores como es la Ley Orgánica de Protección Jurídica del menor, el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	total	%region	% total
América latina	631	960	895	905	721	593	679	585	564	490	374	7.397	100,00	19,68
Bolivia	18	31	59	66	18	76	126	92	89	21	42	638	8,63	1,70
Brasil	16	40	26	25	11	7	22	18	26	19	1	211	2,85	0,56
Chile	25	23	14	4	20	18	14	20	15	11	7	171	2,31	0,46
Colombia	250	393	361	414	319	271	285	256	240	260	174	3.223	43,57	8,58
Costa Rica	23	42	22	19	25	11	15	10	6	1	3	177	2,39	0,47
Ecuador	0	3	0	21	16	10	6	2	4	5	2	69	0,93	0,18
El Salvador	2	8	14	14	27	19	31	22	16	19	23	195	2,64	0,52
Guatemala	47	75	70	90	46	28	8	3	0	6	8	381	5,15	1,01
Haití	0	0	0	0	3	1	17	36	24	15	22	118	1,60	0,31
Honduras	12	10	17	8	17	16	14	31	21	5	3	154	2,08	0,41
México	72	90	107	79	92	58	50	17	33	35	39	672	9,08	1,79
Nicaragua	41	34	32	23	15	3	4	1	1	2	2	158	2,14	0,42
Panamá	2	4	3	2	0	4	4	3	3	41	8	74	1,00	0,20
Perú	81	151	126	99	71	42	50	50	66	41	21	798	10,79	2,12
Rep. Dominicana	40	49	34	41	36	29	33	24	20	9	19	334	4,52	0,89
Venezuela	2	7	10	0	5	0	0	0	0	0	0	24	0,32	0,06
Asia	217	295	443	686	1.105	1.586	1.194	2.577	2.854	2.041	1.269	14.266	100,00	37,95
China	108	196	261	475	941	1.427	1.043	2.389	2.753	1.759	1.059	12.408	87,00	33,02
Camboya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,01	0,00
Filipinas	0	0	0	0	0	0	0	1	10	28	29	68	0,48	0,18
India	109	97	163	190	129	109	100	117	43	79	103	1.239	8,69	3,30
Irán	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,01	0,00
Israel/Palestina	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,01	0,01
Nepal	0	0	18	16	26	35	38	68	43	173	76	493	3,46	1,31
Sri Lanka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,00
Tailandia	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	0	8	0,06	0,02
Vietnam	0	2	1	5	9	15	10	0	0	0	0	42	0,29	0,11
Europa del este	97	216	645	1.439	1.569	1.395	1.915	2.111	1.727	1.567	1.460	14.141	100,00	37,62
Armenia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,01
Bielorrusia	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0,02	0,01
Bosnia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,01	0,00
Bulgaria	11	27	92	123	172	181	202	57	21	11	11	908	6,42	2,42
Fed Rusa	70	91	141	496	652	809	1.157	1.618	1.262	1.290	955	8.541	60,41	22,73
Hungría	16	6	15	12	10	9	7	10	3	7	15	110	0,78	0,29
Letonia	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0,02	0,01
Lituania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0,02	0,01
Moldavia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	5	14	0,10	0,04
Polonia	0	8	0	3	6	0	0	2	0	1	0	20	0,14	0,05
Kazajstán	0	0	0	0	0	0	2	24	43	70	130	269	1,89	0,72
Rep. Eslovaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,01
Rumania	0	84	280	583	373	38	85	48	3	0	0	1.494	10,57	3,98
Ucrania	0	0	116	218	356	358	462	349	394	181	338	2.772	19,61	7,38
África	0	16	23	32	31	51	163	268	278	374	545	1781	100,00	4,74
Burkina Faso	0	1	0	0	0	3	0	2	3	1	4	14	0,79	0,04

Camerún	0	1	0	0	2	3	1	1	0	0	0	8	0,45	0,02
Costa de Marfil	0	0	5	3	3	1	0	1	1	4	6	24	1,35	0,06
Etiopía	0	0	0	0	0	12	107	220	227	304	481	1351	75,81	3,59
Ghana	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	5	0,28	0,01
Guinea Bissau	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4	0,22	0,01
Madagascar	0	8	1	10	9	19	24	13	24	10	1	119	6,68	0,32
Mali	0	0	0	4	3	2	1	0	1	0	0	11	0,66	0,03
Marruecos	0	3	12	8	5	7	20	21	6	20	0	102	5,72	0,27
Mauritania	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0,17	0,01
Mozambique	0	1	1	4	6	0	1	0	3	1	5	22	1,23	0,06
Nigeria	0	2	2	0	3	4	0	0	0	0	0	11	0,62	0,03
Rep. Congo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0,44	0,02
Rep. Dem Congo	0	0	1	0	0	0	8	7	12	31	29	88	4,94	0,23
Togo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,06	0,00
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0,22	0,01
Sudáfrica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	6	0,34	0,02
Africa	0	16	23	32	31	51	163	268	278	374	545	1781		4,74
América Latina	631	960	895	905	721	593	679	585	564	490	374	7.397		19,68
Europa del este	97	216	645	1.439	1.569	1.395	1.915	2.111	1.727	1.567	1.458	14.141		37,62
Asia	217	295	443	686	1.105	1.586	1.194	2.577	2.854	2.041	1.268	14.266		37,95
Total	945	1.487	2.006	3.062	3.426	3.625	3.951	5.541	5.423	4.472	3.645	37.585		100,00

Figura 1.

Evolución de la adopción internacional en España por áreas de origen. Periodos 1997-2007.

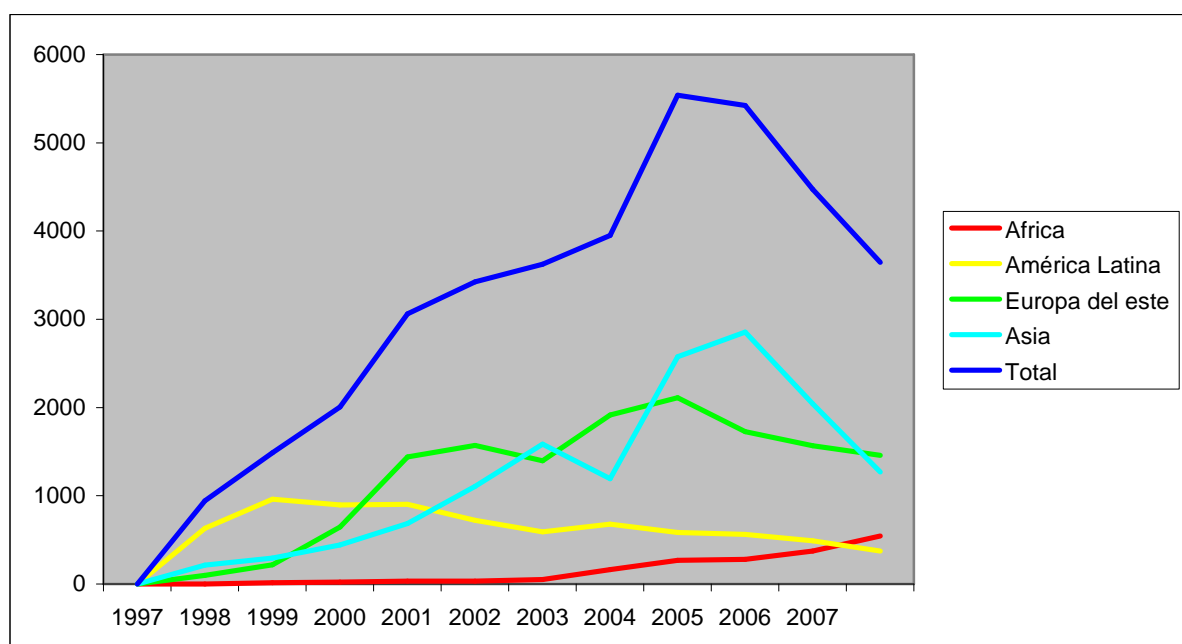


Figura 2.

Datos actuales oficiales. [Julio 2008].

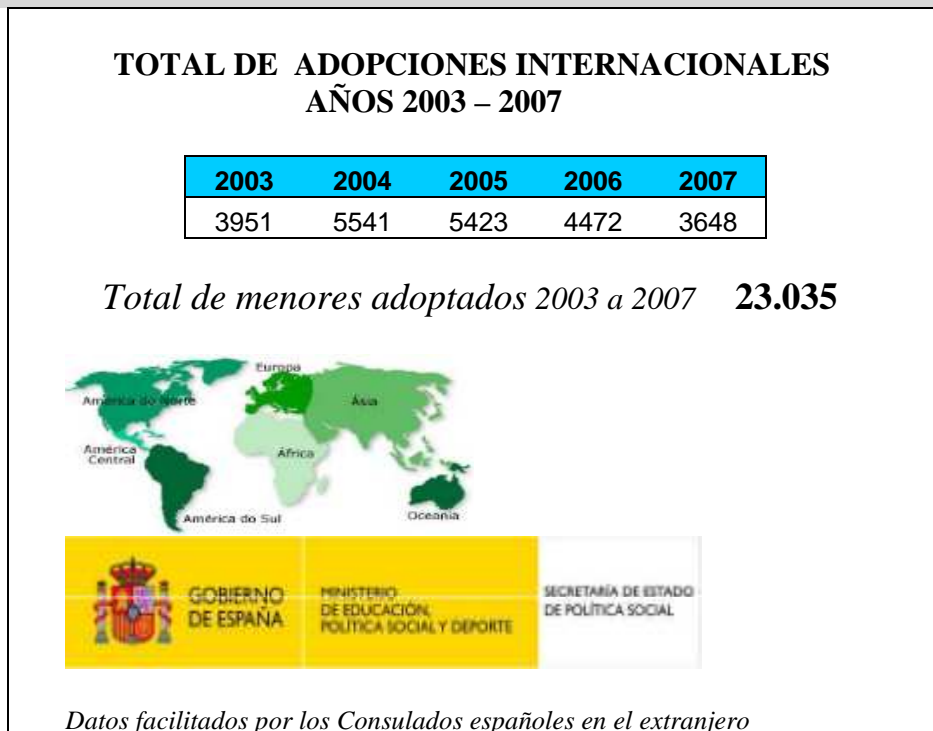
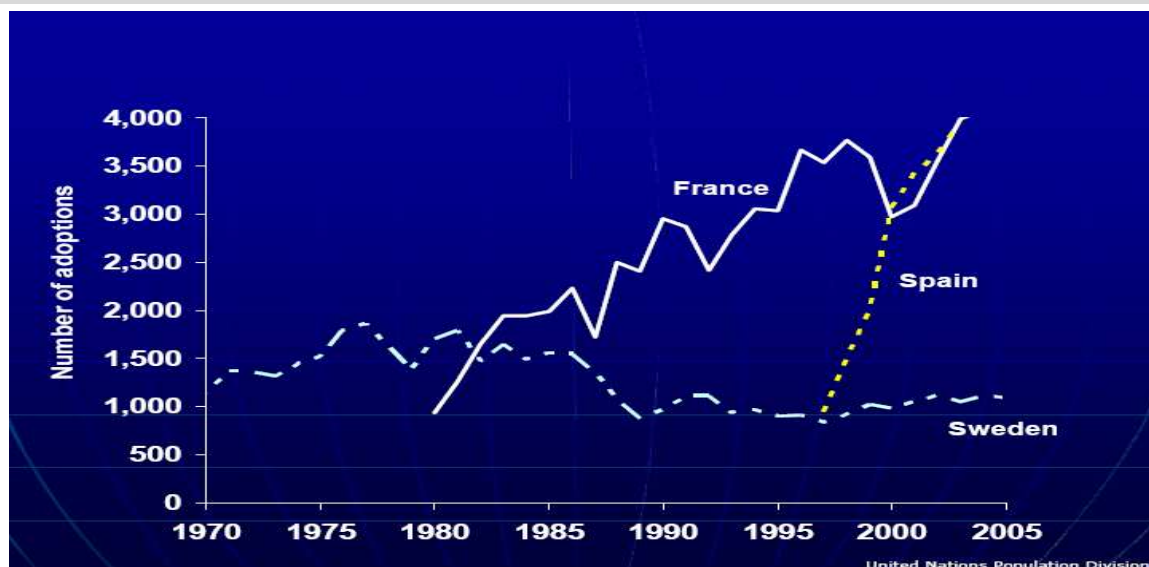


Figura 3.

Comparación de los datos de España, Francia y Suecia.



Fuente: Informe Clare Menozzi en New Orleans, 17 April 2008 de the Population Association of America, Department of Economic and Social Affairs, Population Division United Nations.: Consultado el 20/06/2008 en www.un.org/esa/population/meetings/Adoption_PAA_2008.pdf

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 todos los aspectos sanitarios resultantes.
2. Hacer recomendaciones protocolarizadas para la evaluación inicial y el seguimiento de los menores procedentes de adopción internacional, en base a la experiencia acumulada por los autores en las revisiones clínicas de mas de 6.600 niños adoptados por familias españolas.

Características del niño adoptado

El niño adoptado, aunque procede de países de baja renta, igual que la mayoría de niños inmigrantes que atendemos en la consulta pediátrica, presenta unos antecedentes y contexto sociocultural que lo diferencia.

Los niños inmigrantes, al igual que los adoptados en el extranjero, al proceder de países con menos recursos pueden presentar similares problemas de salud por la existencia de enfermedades infecciosas endémicas, problemas de salud ambiental, o inadecuada infraestructura sanitaria. Sin embargo, los niños inmigrantes no van a presentar problemas de salud física o mental relacionados con las situaciones que motivan la entrada en un orfanato, ni los relacionados con la experiencia de una institucionalización más o menos prolongada. Tampoco tendrán vivencias de adaptación y vinculación a una nueva familia, como los niños adoptados, aunque pueden presentar otros problemas debidos a la migración, como el duelo, o cambios sociales y culturales, en ocasiones de difícil asimilación. Todas estas características diferenciales entre los niños inmigrantes y adoptados, son las que hacen que cada uno de estos grupos precisen un control y seguimiento específicos.

Pre-adopción

La consulta médica pre-adoptiva

Esta consulta debe realizarse cuando la futura familia reciba la asignación y los informes del adoptante. El motivo de consulta es recibir asesoramiento sobre:

- Los factores de riesgo a los que puede 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.
- 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 debe realizarse la primera evaluación médica tras su regreso, en que consistirá, y la necesidad de realizar un seguimiento en el tiempo.

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 potenciales 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 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, psicopatológicos y de adaptación social (del desarrollo madurativo y emocional) que potencialmente puedan surgir, van a 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, los autores de esta guía, con la experiencia basada en la práctica de más de 6.600 casos de evaluación clínica de niños adoptados por familias españolas en distintos países extranjeros, 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.

En la actual edición 2008 de esta guía consensuada. Los autores, basándose en su experiencia en la revisión de 6.600 casos de niños adoptados en otros países, consideran que el nivel medio de estado de salud de los niños a la llegada a mejorado, en comparación con los datos realizados para esta publicación hace tres años.

Tabla 2.

Factores potenciales de riesgo generales a los países de origen

- Pobreza económica.
- Precariedad higiénico-sanitaria y deficiencias en infraestructuras.
- Falta de respeto a los derechos del menor.
- 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.

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.
- Parto 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 y/o consanguinidad.

Tabla 4.

Factores potenciales de riesgo durante la institucionalización.

- Vivir en un entorno inapropiado:
 - Ambientes y espacios inadecuados.
 - Proporción de cuidadores por niño muy baja.
 - Relación con múltiples cuidadores (falta de vinculación).
 - Exposición a enfermedades transmisibles.
- Recibir cuidados inadecuados:
 - Deprivación nutricional (cuantitativa y cualitativa).
 - Deprivación afectiva y social.
 - Negligencias y malos tratos.
 - Atención higiénico-sanitaria ausente o limitada.

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

- Crecimiento físico (talla/edad menor de -2 DE, puntuación Z).
- Ferropenia con o sin anemia.
- Problemas dermatológicos:
 - Dermatitis inespecíficas/atópica.
 - Dermatitis infecciosas, parasitarias o micóticas.
- Problemas adaptativos de la alimentación y del sueño.
- Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon títulos de anticuerpos protectores.
- Parasitosis intestinal con o sin síntomas digestivos.
- Infecciones propias del niño (aparato respiratorio, digestivo y ORL).

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

- Retraso desarrollo psicomotor leve.
- Crecimiento físico (talla/edad entre -2 y -3 DE).
- Estado nutricional (peso/edad, peso/talla, IMC entre -2 y -3 DE).
- Trastornos de conducta:
 - Intranquilidad e impulsividad.
 - Atención dispersa.
- Problemas específicos del desarrollo madurativo:
 - Adaptación social.
 - Control esfinteriano.
 - Adaptación escolar, etc.
 - Lenguaje.
- Problemas bucodentales
 - Caries.
 - Retraso de la erupción.
 - Alteraciones del esmalte.
 - Malposición dental, etc.
- Alteraciones oftalmológicas y ORL
- Enfermedades infecciosas:
 - Infección tuberculosa latente.
- Eosinofilia.
- Inexactitud de la edad cronológica.

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

- Infección por el virus de la hepatitis B (aguda, crónica o resuelta).
- Hemoglobinopatías.
- Alteraciones endocrinas:
 - Disfunción tiroidea (generalmente hipotiroidismo subclínico).
 - Variantes del desarrollo puberal (retraso puberal, pubertad temprana).
- Trastornos del crecimiento y nutrición graves:
 - Talla/edad o índices ponderales menor de -3 DE.
 - Raquitismo.
- Trastornos psicopatológicos graves:
 - Trastornos de conducta.
 - Trastorno del espectro autista (pseudautista).
 - Síndrome de estrés postraumático.
- Trastornos del desarrollo madurativo graves:
 - Origen prenatal: hipoxia crónica, infección intrauterina, exposición al alcohol (trastornos del espectro alcohólico fetal, síndrome alcohólico fetal), exposición a drogas/fármacos.
- Enfermedades infecciosas adquiridas o congénitas (en torno al 1%):
 - Tuberculosis activa.
 - Sífilis.
 - Paludismo.
 - Enfermedad de Chagas.
 - Otras enfermedades parasitarias (larva migrans visceral, histoplasmosis, neurocisticercosis, tripanosomiasis, esquistosomiasis, etc.)
 - Poliomielitis, tos ferina, 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 (1%).
 - Hipotiroidismo clínico y subclínico.
- Malformaciones congénitas (cardíacas, osteoarticulares, genitales, renales y vías urinarias, labio leporino-paladar hendido, etc.).

Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia.

La República Popular de China, Federación Rusa, Etiopía, Colombia y Ucrania constituyen los lugares de procedencia del 84,8% de los niños de adopción internacional en 2006 en España. Las particularidades 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 ciertos 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 OMS⁸.

		España	China	Rusia	Colombia	Ucrania	Etiopía	India
Población (x 1.000)		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	0-27d	3	-	-	15	-	49	43
	0-11 m	4	-	-	21	-	97	68
	12-59 m	1	-	-	4	-	77	29
	0-4 a	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	No
Vitamina A (asociada a vacunas)		No	Sí	No	No	No	Sí	Sí

Tabla 8. (../..)Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia. Datos de 2003 según la OMS⁸.

	España	China	Rusia	Colombia	Ucrania	Etiopía	India
Casos de poliomielitis salvaje ^d	0	0	0	0	0	0	130
Uso de vacunas con control de calidad estándar	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí
Vacunas sistemáticas con financiación pública (%)	100	-	-	100	96	-	100
Uso métodos contraceptivos (% de mujeres) ^e	67	83	-	64	38	6	43
Partos atendidos por personal entrenado (%) ^e	-	97	99	86	99	6	43
Partos en centros sanitarios (%) ^e	-	-	98	87	99	5	34
Cesáreas (% del total de partos) ^e	-	-	12	25	9	1	7
Número de nacimientos anuales (x1.000) ^f	384	19.428	1.246	980	418	2.865	25.780
Mortalidad materna (x100.000 RN vivos) ^f	5	56	65	130	38	850	540
Prematuridad (x1.000 RN vivos) ^f	4	19	18	11	28	20	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.							
Fuente: WHO. The world health report 2005 – make every mother and child count [en línea] [fecha de consulta 25/06/2008]. Disponible en www.who.int/whr/2006/en/							

China y sudeste de Asia

Contexto

La República Popular de China y los países de sudeste de Asia son la primera 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 el área indoasiática durante el período 2002 - 2006 ha sido de 10.254, lo que supone el 44,5 % del total de los niños procedentes de adopción internacional. China, con 9.371 niños adoptados (91,3%), supone el primer país de procedencia de este área.

Problemas de salud

La información médica que procede de China es escasa, 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 china de áreas urbanas (al menos suficiente) y la escasa estructura de las áreas rurales.

Los diagnósticos más frecuentes aportamos este estudio del Hospital Niño Jesús de Madrid de 1034 niños y niñas adoptadas en China desde 1/1/1996 al 12/2/2007. Rango de edades de 3 meses a 9 años. Edad media: 9 meses. DS: 18.5 meses. Mediana: 14.5 meses. Sexo: 961 mujeres, 73 varones. Autores: Dr. Jesus Garcia y Dr. Julian Lirio (Tabla 9).

Informes médicos preadoptivos

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 que 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, VIH 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 la prueba.* Además, un test ELISA para VIH positivo 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 tacatá. *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 en adopción suelen tener algún problema de salud, no necesariamente grave.

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 (por ejemplo 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.

Vietnam

Los informes médicos en estos países son bastante limitados. En Phnom Penh (Camboya) y en algunas zonas de Vietnam como Hanoi y la ciudad de Ho Chi Minh existe un examen médico oficial confeccionado al estilo occidental por un médico local. 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, VIH y sífilis, muchos de los test son realizados por el Instituto Pasteur de gran prestigio y fiabilidad. Si el laboratorio fuese otro habrá que tener en cuenta las limitaciones de la prueba.

Tabla 9. Enfermedades/patologías y alteraciones más frecuentes encontradas en niños adoptados procedentes de China. Fuente: García Pérez J. y Lirio Casero J. (HNJ de Madrid).	
Ausencia de inmunidad	40.9 %
Peso bajo [puntuación Z < -2 DS patrón OMS]	39.8 %
Malnutrición	32,8 %
Ferropenia [Sideremia < 40 µg/dl y/o Ferritina < 12 µg/l en menores de 1 año, y < 10 µg/l en mayores de 1 año]	29.9 %
Talla baja [puntuación Z < -2 DS patrón OMS]	28.7 %
Parasitosis intestinales	21.6 %
Transaminasas elevadas [Trans. > 2 x LSN]	17.5 %
Microcefalia	17.4 %
Tbc latente [mantoux induración > 10 mm, Rx negativa]	16.0 %
Retraso psicomotor [T.Denver]	15.2 %
Anemia ferropénica [Hb: 2-6 meses: < 9,5 g/dl; 6-24 meses: < 10,5 g/dl; 2-12 años: 11,5 g/dl; > 12 años: < 12 g/dl] ¹	14.8 %
Hipotiroidismo	7.2 %
Trastornos del sueño	6.2 %
Plagiocefalia	6.2 %
Talasemia minor [VCM < LIN no atribuible a ferropenia]	7.0 %
Pediculosis de la cabeza	4.2 %
Hipercolesterinemias [Col total > LSN]	3.3 %
Hepatitis B[Ag HBs+]	3.1 %
Plomo sérico elevado (n= 400)	0 casos

(1) Nathan, DG, Oski, FA. Hematology of Infancy and Childhood, 4th ed, WB Saunders, Philadelphia, PA 1993, p .352 and The Harriet Lane Handbook, Mosby, St Louis 1993, p. 231.
DS: Desviación estandar. LIN: limite inferior normalidad. LSN:limite sup. normalidad

Europa del este, incluido Kazajastan

Contexto

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 37,4% de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas durante el período 1997-2006 eran originarios de países de Europa del este. La Federación Rusa (22,4%) y Ucrania (7,2%) fueron los países de origen más representativos. El resto (7,8%) procedían de Rumania, Bulgaria, Kazajstán, Hungría, Moldavia, Polonia, Letonia, Bielorrusia y Bosnia.

En estos países hay un gran número de niños institucionalizados debido a las bruscas transformaciones sociopolíticas que han sufrido en la década de los años noventa. En la **tabla 11** se

enumeran los sistemas que más se han transformado y deteriorado, las manifestaciones sociosanitarias de su deterioro y las consecuencias provocadas en la población materno-infantil.

El hecho de que más de la mitad de los niños institucionalizados en estos países sean adoptados por familias extranjeras es debido a la apenas existencia cultural de adopción nacional, el número de niños adoptables supera al de las familias adoptantes y muchos niños son rechazados por sus antecedentes sociofamiliares, prenatales y perinatales o por las características de su estado de salud.

Tabla 10. Manifestaciones sociosanitarias y consecuencias en la población materno-infantil de las transformaciones sufridas por los países de Europa del este en la década de los 90. (../..)		
Sistemas transformados y deteriorados	Manifestaciones sociosanitarias	Consecuencias en la población materno-infantil
Económico	Mayores tasas de: <ul style="list-style-type: none"> - Pobreza. - Alcoholismo. - Drogadicción. - Prostitución. 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias nutricionales. - Enfermedades infecciosas. - Tuberculosis, sífilis. - Hepatitis B y C, VIH.
Sanitario	Precariedad de: <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia primaria. - Cuidados materno-infantiles. - Programas de promoción de la salud. - Medicina preventiva. 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades crónicas. - Discapacidades físicas/mentales.
Familiar	Mayores tasas de: <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad masculina adulta. - Divorcios/separaciones. - Madres solteras/familias monoparentales. 	Mayor incidencia de <ul style="list-style-type: none"> - Orfandad. - Abandono y malos tratos. - Ausencia de hogar.
Protección a la infancia	Precariedad de: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de situaciones de riesgo - Trabajo social centrado en la familia o la comunidad. 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Institucionalización (orfanato).

En la **tabla 11** se enumeran los antecedentes de una cohorte de niños originarios de países de Europa del este que fueron adoptados por familias españolas durante el periodo 2000-2007. Los porcentajes de los antecedentes que se describen se obtuvieron a través de la revisión de los datos reseñados en los informes médicos y sociosanitarios emitidos por los países de origen. Esto quiere decir que se tratan de porcentajes mínimos, ya que la ausencia de la descripción de datos en dichos informes no excluye su existencia.

Tabla 11. (../..)

Antecedentes sociofamiliares, prenatales y perinatales de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este^a

Antecedentes		Porcentaje	
Sociofamiliares	Maltrato al menor por acción u omisión	26,7	
	Madre o padre con discapacidad mental	4,8	
	Madre o padre delincuente	2,8	
	Madre prostituta	2,0	
	Madre vagabunda	2,0	
	Madre o padre con discapacidad física	1,4	
	Raza gitana	1,1	
	Producto de violación o incesto	0,6	
Prenatales. Exposición a:	Agentes infecciosos	Virus hepatitis C	12,1
		Treponema pallidum	10,5
		Mycobacterium tuberculosis	4,3
		Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	4,0
		Citomegalovirus	3,7
		Virus hepatitis B	2,8
	Tóxicos	Herpes virus	1,5
		Toxoplasma gondii	0,6
		Otras enfermedades de transmisión sexual	5,3
		Alcohol	21,1
		Tabaco	11,1
		Drogas intravenosas	5,9
Perinatales	Prematuridad	34,3	
	Bajo peso al nacer	40,0	
	Anoxia neonatal	6,1	

^a n = 356; Federación Rusa (82,6%), Ucrania (12,3%), otros países (5,1%).

Fuente: Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza.

Problemas de salud

Las consecuencias en la población infantil de los deterioros de los sistemas económico, sanitario, familiar y de protección social, además de otros factores de riesgo que pudieran existir previos a la institucionalización o durante la misma, dan lugar a que los niños de países de Europa del este asignados para adopción tengan un riesgo elevado de presentar problemas de salud física y/o mental.

En la **Tabla 12** se enumeran los principales problemas de salud detectados en la evaluación clínica a la llegada y durante los primeros seis meses de control post-adoptivo, en una cohorte de niños originarios de países de Europa del este que fueron adoptados por familias españolas durante el periodo 2000-2007.

Tabla 12. (../..)		
Principales problemas de salud en una cohorte de niños ^a adoptados de países de Europa del este ^b		
Problemas de salud		Porcentaje
Crecimiento / nutrición	Talla baja ^c	59,0
	Peso bajo ^c	28,4
	Perímetro cefálico bajo ^c	23,6
	Ferropenia con/sin anemia	40,4
	Raquitismo	3,4
Desarrollo psicomotor / conducta y adaptación	Retraso del desarrollo psicomotor	32,9
	Problemas de conducta y adaptación social	31,4
Infecciones / parasitaciones	Parásitos intestinales	11,2
	Bronquitis aguda	9,6
	Infección tuberculosa latente	3,6
	Escabiosis	3,4
	Otras dermatitis infecto-parasitarias	3,1
Inmunizaciones	Ausencia de anticuerpos protectores frente a la vacuna de la hepatitis B	20,5
	Ausencia de anticuerpos protectores frente a otras vacunas	(24-44)
Dermatológicos	Dermatitis atópica	11,2
	Angiomas/hemangiomas	4,2
	Otros problemas dermatológicos	5,1
Sensoriales (visión / audición)	Deterioro de la agudeza visual / Trastorno oftalmológico	13,8
	Hipoacusia transmisiva o perceptiva	3,6
Odontológicos	Caries	6,2
	Alteraciones del esmalte dental	3,4
	Malposición / maloclusión dental	1,7
Ortopédicos	Pies plano-valgos / Genu varo-valgo (> 3 años)	7,3
	Plagiocefalia	0,8
	Otras alteraciones/deformidades	1,1
Malformaciones congénitas	Cardiacas	4,5
	Renales y vías urinarias	1,4
	Genitales (masculinos)	1,4
	Esqueléticas	0,3
Endocrinológicos	Hipotiroidismo subclínico grado I	4,5
	Hipotiroidismo clínico	0,5
Neurológicos	Síndrome alcohólico fetal	2,0
	Parálisis cerebral infantil	0,8
	Otros trastornos neurológicos	0,6
Otros trastornos	Alergia/intolerancia alimentaria	1,4
	Plomo sérico elevado (>10 mcg/dl)	1,3
	Hernia inguinal	0,6
	Asma bronquial	0,6

^a n = 356; varones, 58,1%; edad media (DE) de 33 (21) meses; límites de edad, 9 meses-13 años.
^b Federación Rusa (82,6%), Ucrania (12,3%), otros países (5,1%).
^c Puntuación Z del parámetro antropométrico inferior a -2 DE (patrones de referencia de la OMS).
^d Coeficiente de desarrollo global retrasado más del 20% para la edad cronológica (referencia Haizea-Llevant).
Fuente: Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza.

De los problemas de salud observados en la cohorte estudiada de niños de países de Europa del este adoptados en España, se especifican los siguientes aspectos (datos no reflejados en la Tabla 3):

- En el 26,4% de los casos, la puntuación Z de la talla era inferior a -3 DE.
- En el 9,6% de los casos, la puntuación Z del peso era inferior a -3 DE.
- En el 6,2% de los casos, la puntuación Z del perímetro cefálico era inferior a -3 DE.
- Predominaron los casos de ferropenia con anemia (30,3%) frente a los de ferropenia aislada (10,1%).
- En el 2,2% de los casos, el retraso del coeficiente de desarrollo global para la edad cronológica era superior al 40%.
- Entre los problemas de conducta y adaptación social destacaron los comportamientos disruptivos (11,8%), actividad motora alta (9,3%), movimientos estereotipados (5%), trastornos del sueño (4,8%) y trastornos de la conducta alimentaria (3,4%). No se observaron casos de trastornos del espectro autista.
- *Giardia lamblia* (9,6%) fue el parásito intestinal detectado con mayor frecuencia.
- A pesar de la elevada incidencia de exposición prenatal a agentes infecciosos (véase tabla 2), no se detectó ningún caso de sífilis congénita, infección por VIH/SIDA, hepatitis B, hepatitis C u otros agentes infecciosos de exposición prenatal.
- El estrabismo (9%), paralítico o no paralítico, fue el trastorno oftalmológico detectado con mayor frecuencia.
- De los casos de hipoacusia detectados, el 0,3% era de percepción.
- El 1,4% de las malformaciones congénitas detectadas eran graves.
- Manifestaron criterios diagnósticos de síndrome alcohólico fetal únicamente el 10% de los casos en los que se conocía el antecedente de exposición prenatal al alcohol (véase tabla 11).
- En ningún caso se objetivaron plumbemias superiores a 45 mcg/dl.

Revisada la bibliografía internacional, se puede concluir que las características y la frecuencia de los problemas de salud detectados en la cohorte estudiada de niños de países de Europa del este adoptados en España no difieren de forma significativa de los observados por otros investigadores de niños originarios de países de Europa del este adoptados en los Estados Unidos y países de Europa occidental durante la última década.

Información médica pre-adoptiva

Los informes médicos emitidos por los responsables de las instituciones donde residen los niños de países de Europa del este asignados para adopción, en general, ofrecen una información escasa, a veces confusa, y con frecuencia alarmante, en particular respecto al relato de trastornos y la mención de diagnósticos que indican o sugieren la existencia de patologías neurológicas o del desarrollo psicomotor y cognitivo graves.

Como ejemplo, en la tabla 13 se enumeran los diagnósticos de índole neurológica descritos en los informes médicos de una cohorte de niños de países de Europa del este que fueron adoptados por familias españolas durante el periodo 2000-2007.

Se han observado discrepancias entre los diagnósticos médicos emitidos en los informes elaborados por los países de origen y los observados en la exploración médica realizada tras la llegada al país adoptante. Es decir, muchos de los diagnósticos de patologías graves emitidos en los informes médicos pre-adoptivos no se comprueban a su llegada y, sin embargo, en un porcentaje significativo de casos se realizan otros diagnósticos insospechados de patologías graves.

Tampoco es infrecuente encontrar discrepancias entre la información médica aportada de forma oral a las familias adoptantes en el momento de la asignación y la que se les ofrece posteriormente por escrito, así como descubrir traducciones incorrectas o incompletas de los informes médicos.

Por todo ello, se considera que la simple evaluación 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 a adoptar.

Tabla 13.

Diagnósticos de índole neurológica descritos en los informes médicos de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.

Diagnóstico	Porcentaje
Retraso psicomotor, neuropsíquico, intelectual, cognitivo o mental	64,0
Retraso psicolingüístico	51,1
Encefalopatía orgánica o mixta (consecuencia / secuela residual)	35,4
Afección, lesión, alteración, disfunción o insuficiencia del SNC / cerebro	23,6
Síndrome de hipertensión	10,7
Síndrome hidrocefálico	10,1
Distonía, miotonía, hipotonía o hipertonía	9,3
Insuficiencia piramidal	7,3
Angiopatía de retina / Hipoplasia o atrofia parcial del nervio óptico	4,8
Trastorno específico mixto del desarrollo psíquico	4,2
Síndrome cerebro asténico o neurótico	2,8
Alalia, dislalia, afasia, disfemia o disartria	2,8
Grupo 4/5 de salud mental	2,8
Mono, hemi, para o tetra paresia	1,7
Epilepsia sintomática o síndrome convulsivo	1,7

^a n = 356: Federación Rusa (82,6%), Ucrania (12,3%), otros países (5,1%). Fuente: Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza.

Seguimiento post-adopción

Tras uno o dos años de estancia en el país de adopción, gracias a los cuidados aportados por la familia adoptiva y a los tratamientos médicos administrados, la mayoría de los niños adoptados en países de Europa del este han curado los problemas de salud, recuperado los retrasos del desarrollo físico y psicomotor, y resuelto los problemas de conducta y adaptación que presentaban a su llegada.

Sin embargo, hay que tener presente que entre un 5-10% de estos niños tienen problemas de salud, de conducta y retrasos del desarrollo físico y psicomotor difícilmente recuperables o irrecuperables, en muchas ocasiones no detectados antes de la adopción. La existencia de estos problemas puede provocar en algunas familias situaciones de inadaptación e incluso el fracaso de la adopción. De cualquier forma, la inmensa mayoría de las familias que han adoptado un niño originario de estos países afirman que lo volverían a adoptar.

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.

Numero de adopciones

El número de niños procedentes del conjunto de América Latina adoptados en el Estado Español del 2002 al 2006 es de 2.911.

Los países de procedencia en orden de frecuencia son. Colombia (1.312), Bolivia (404), Perú (249), México (193), R. Dominicana (115), El Salvador (107), Haití (93), Brasil (92), Honduras (87), Chile (78), Panamá (55), Guatemala (45), Costa Rica (43), Ecuador (27) y Nicaragua (11).

Los niños adoptados en este continente provienen del Istmo Centro Americano, 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 (BCG, DTP (3), VPO (4), Hep B, Hemofilus, F. Amarilla y Sarampión a los 9 meses) alcanza buenas coberturas.

Aún quedan problemas socio-sanitarios por resolver, los índices de mortalidad infantil son unas 4-5 veces superiores a los de nuestro país.

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 nuestras sociedades.

Problemas de salud

Entre las enfermedades frecuentes encontramos además de las habituales (patologías neonatales, respiratorias, diarreas y parásitos intestinales) una mayor prevalencia de:

- Tuberculosis: en Haití la prevalencia es de 402/100.000 hab. en el año 2006.
- Hepatitis.
- Cisticercosis.
- Parasitosis intestinales: son la patología infecciosa más frecuente en niños adoptados, frecuentes en toda Latinoamérica. El *Strongyloides* es habitual en casos de diarrea crónica, el *Esquistosoma mansoni* es endémico en Sudamérica y el Caribe y esporádico en otras zonas. También lo es el *Equinococo*, productor de enfermedad hidatídica con mayor incidencia 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 endemicidad. 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. En nuestro país se recomienda realizar un cribaje para diagnóstico precoz de los anticuerpos circulantes mediante técnicas de Elisa, inmunofluorescencia indirecta o hemaglutinación indirecta a todas aquellas personas que provengan de países endémicos y a los niños que hayan nacido en España pero de madres que

procedan de esas zonas y presenten serología a Chagas positiva o desconocida.

Entre las patologías poco frecuentes pero con mayor presencia que en nuestro país mencionaremos: algunos brotes de cólera, fiebre amarilla – en zonas de selva tropical- y otras enfermedades virales hemorrágicas en algunas zonas. Igualmente surgen brotes de meningitis meningocócica,

estrongiloidosis, paludismo, enfermedades de transmisión sexual, VIH (con mayor prevalencia en áreas costeras) y leishmaniasis.

Hay pocos estudios con niños adoptados latinoamericanos. Uno de ellos, con niños de Guatemala extrae estas cifras (**tabla 14**).

Tabla 14. Estudios con niños adoptados en Guatemala.

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

Fuente: 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

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 del 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).

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 protéico nutricional en un alto porcentaje de niños que aparentemente mantienen un peso adecuado a su edad. De hecho en uno de los pocos estudios españoles con adoptados se vio que el índice medio peso/edad de los niños adoptados en Latinoamérica era más elevado que el del resto de procedencias.

También 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 aumentada por la alimentación que es más permisiva en dulces y lactofarináceos (lo cual además provoca caries y problemas carenciales).

Las infecciones de repetición en esta población también contribuyen a esos déficits.

Con frecuencia el calendario de alimentación complementaria es adelantado respecto al nuestro; los zumos de frutas se inician a los 3 meses y las verduras, cereales con gluten y huevo entre los 3 y 5 meses.

En algunos países se administra Vitamina A durante el primer año de vida y aportes de hierro desde los 6 meses a los 3 años.

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. Dándose entre los adoptados, más de un 70% con cicatriz y vacunados de BCG y anticuerpos de superficie 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 reciben una dosis), Polio y Hepatitis B. El calendario de vacunaciones puede ser diferente para cada país y para cada zona.

En Guatemala no reciben Hepatitis B, ni vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada (Hib), ni meningitis en el calendario oficial.

La meningitis C así como la varicela o la antineumocócica no son administradas en ninguno de los países mencionados. 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/ ya mencionada en otras secciones de este trabajo.

Subcontinente indio

Aspectos generales / contexto

La región denominada Subcontinente Indio comprende a los siguientes países (por orden alfabético): Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka.

La Región Sur-Este de Asia de la OMS comprende a los mismos países anteriores más: Indonesia, Myanmar, RPD de Corea, Tailandia y Timor-Leste.

Sólo dos de estos países, India y Nepal, tienen relevancia actualmente desde el punto de vista de la adopción internacional en España; en 2006, el 5,6% (252 de un total de 4.472) de los niños adoptados procedían de India o Nepal (79 y 173 respectivamente).

Datos demográficos y sanitarios relevantes

Los indicadores demográficos y sanitarios de ambos países son similares (**tabla 15**): India y Nepal tienen altas tasas de crecimiento anual (1,7% y 2,3% respectivamente) y fertilidad (2,9 y 3,5 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.

Tabla 15. Datos demográficos y de salud (OMS)			
	India	Nepal	España
Población total	1.103.370.000	27.133.000	43.064.000
Tasa de crecimiento anual (%)	1,7	2,3	0,8
Tasa de fertilidad (por mujer)	2,9	3,5	1,3

Ingreso nacional bruto per cápita (\$ internacionales)	3.460	1.530	25.820
Esperanza de vida al nacer (hombres/mujeres, años)	62 / 64	61 / 61	77 / 84
Esperanza de vida sana al nacer (hombres/mujeres, años) (2002)	53 / 54	52 / 51	70 / 75
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) (< 1 año / < 5 años)	56 / 74	56 / 74	4 / 5
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años (hombres/mujeres, por 1.000 habitantes)	280 / 207	295 / 283	111 / 46
Gasto total en salud por habitante (\$ internacionales, 2004)	91	71	2.099
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2004)	5	5,6	8,1
Gastos en salud del gobierno sobre el total de los gastos en salud (2004)	13,7	26,3	70,9
Gastos en salud del gobierno sobre el total de los gastos del gobierno (2004)	2,9	8,1	14,7
HDI (human development index) (sobre 177 países, 2007)	128	142	13
Salvo indicación contraria, las cifras corresponden a 2005. Fuentes [consultado el 26/05/2008]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ WHO. The world health report 2005 – <i>make every mother and child count</i>. Disponible en www.who.int/whr/2005/es/index.html y www.who.int/whr/2005/11_annexes_es.pdf. Datos de India y Nepal en www.who.int/whr/2005/annex/indicators_country_g-o.pdf ▪ WHO. Disponible en www.who.int/countries/es/ ▪ WHO/SEAR. Regional Health Situation. Country Health System Profile. Disponible en www.searo.who.int/EN/Section313.htm ▪ WHO. Core Health Indicators www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm?language=es ▪ United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008. Disponible en http://hdr.undp.org/en/ 			

Problemas de salud

Estos dos países comparten en general el perfil de enfermedades singulares de otros de la región del suroeste de Asia (Saima L, 2001; Miller LC, 2005). La OMS dispone de información detallada de ambos países, de la cual se muestra un extracto en la tabla 17.

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.

Tabla 16. (../..)			
Perfil general de salud. (comparativa entre India, Nepal y España).			
	India	Nepal	España
Brotos de enfermedades transmisibles registrados según el Comunicable	Chikungunya (oct/2006) Dengue (mar/2006)	SARS (may/2003) Encefalitis (oct/1997, sep/1997)	Gripe (ene/2004, dic/2003) Legionelosis

Tabla 16. (../..)

Perfil general de salud. (comparativa entre India, Nepal y España).

	India	Nepal	España
Disease Surveillance & Response (CSR) de la OMS	Encefalitis japonesa (sep/2005) Enfermedad meningocócica por serogrupo a (jun/2005, may/2005) Dengue (serotipos den-3, den-2) (nov/2003, oct/2003) SARS (may/2003). Peste (<i>Yersinia pestis</i>) (feb/2002) Cólera (ago/2001)	Encefalitis japonesa (oct/1996)	(jul/2001)
Niños menores de 1 año de edad, con 1 dosis de vacuna del sarampión	59%	74%	
Niños menores de 1 año de edad, con 3 dosis de vacuna DTP	59%	75%	96%
Niños menores de 1 año de edad, con 3 dosis de vacuna HB	8%	41%	96%
Consumo de alcohol en mayores de 15 años de edad (litros de alcohol puro/persona/año)(2003)	0,3	0,2	11,7
Polio	País endémico	País no endémico (último caso notificado en 2000)	País declarado libre de polio
Bajo peso al nacimiento	23% (1999)	14,3% (2006)	
Malnutrición infantil grave	38% (2006)	49,3% (2006)	
Malnutrición infantil	46% (2006, menores de 3 años)	38,6% (2006)	
Diarreas	9 (por 1.000 habitantes)	11 (2004, por 1.000 niños menores de 5 años)	
Infecciones respiratorias agudas	22 (por 1.000 habitantes)	8 (2004, por 1.000 niños menores de 5 años)	
Anemia en niños de 6-35 meses de edad	792 (2006, por 1.000 habitantes)		
Tuberculosis (por 100.000 habitantes)	79 (pulmonar)	280	14,2 (2004)
Paludismo (por 100.000)	29	25	

Tabla 16. (../..)				
Perfil general de salud. (comparativa entre India, Nepal y España).				
		India	Nepal	España
habitantes)				
Filaria (por 100.000 habitantes con riesgo)		239		
Lepra (por 100.000 habitantes mayores de 15 años)		13		
Infección por VIH (por 100.000 habitantes de 15-49 años de edad)		910	500	
Causas de mortalidad principales	Menores de 5 años	Causas neonatales ^a Diarrea aguda ^b Neumonía Sarampión Paludismo	Causas neonatales ^a Diarrea aguda ^b Neumonía Sarampión Paludismo VIH	Causas neonatales ^a
	Todas las edades	Causas perinatales Neumonía ACVA Diarrea aguda ^b EPOC TBC Sarampión Accidentes	ACVA Neumonía Causas perinatales ^c Diarrea aguda ^b EPOC TBC VIH Accidentes	Cardiopatía isquémica ACVA Cáncer de pulmón Demencias EPOC Cáncer colon/recto Diabetes mellitus
Otras causas de morbilidad importantes		<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición y déficits nutricionales carenciales - Fallo de medro, déficit cognitivo - Déficit de cuidados maternos y perinatales - Parasitosis intestinales - Hepatitis B y C - Infección por VIH - Paludismo (<i>P. falciparum</i> y <i>vivax</i> con resistencia a cloroquina) (en determinadas zonas) - Hemoglobinopatías (sobre todo en India) - Déficits sensoriales (visión, audición, por causas diversas) - Sífilis 		
Si no se especifica, las cifras anteriores corresponden a 2005				
Fuente: WHO. [en línea][consultado el 26/05/2008]. Disponible en www.who.int/countries/es/				
¹ Infección, asfixia, parto pretérmino, tétanos, diarrea, malformaciones.				
^b Enfermedades gastrointestinales relacionadas con la calidad del agua de uso humano (diarrea, disentería, cólera, fiebre tifoidea).				
^c Incluyendo las complicaciones de la gestación/parto.				

Tabla 17. (../..)

Estudios sobre los problemas de salud encontrados en los niños adoptados en el subcontinente Indio. Citas bibliográficas.

Autor y año	Hosono S, et al. 1998	Hostetter MK, et al. 1989	Hostetter MK, et al. 1991	Proos LA, et al. 1991	Smith-García T, et al. 1989
n	759 ^a	52	293	107 (□)	200 ^b
Edad	4 m – 6 a	2 m – 9 a	1 m – 13 a	1 m – 11 a ^c	2 m – 15 a
Procedencia	Nepal	Corea India Latinoamérica	Corea India Latinoamérica	India	India
Anemia (%)			7		18,5 (36/...)
Piel (%)		6	10		38
Parásitos intestinales (%)		12	14		10 (20/...)
HB (%)		15	4		6 (12/135)
HB crónica (%)		2	3		2 (5/135)
Tbc (%)		8	3		2,5 (5/115)
Lúes (%)			0,5		
VIH (%)			0		
Retraso psicomotor (%)		35	13		18 (36/...)
Peso <p3 (%)					83 PRN ^d 67,5
Talla <p3 (%)					77
Déficit nutricional (%)					22
Crecimiento comprometido (%)	4-12 m: >p3 >12 m:<p3				17,5 (39/...)
Problemas alimentación (%)					35 (70/...)
Salmonella (%)					30,5 (61/121)
PCI (%)					7 (14/...)
Problemas auditivos (%)					13,5 (27/...)
Pediculosis de la cabeza (%)					8,5 (17/...)
Polio (%)					2 (4/...)

Tabla 17. (../..)

Estudios sobre los problemas de salud encontrados en los niños adoptados en el subcontinente Indio. Citas bibliográficas.

Autor y año	Hosono S, et al. 1998	Hostetter MK, et al. 1989	Hostetter MK, et al. 1991	Proos LA, et al. 1991	Smith-García T, et al. 1989
Prematuridad (%)					37,5 (75/...)
Exantemas cutáneos (%)					17 (34/...)
Sarna (%)					12,5 (25/...)
Menarquia (años)				11,5 a (7,3-14,6) ^{e,f}	

^a Niños residentes en Nepal. ^b Los % aportados son sobre el total de niños incluidos (n=200), no sobre el total de niños en los que se estudió cada patología. ^c Edad a la llegada a Suecia. ^d PRN <3 DS. ^e Edad media de la menarquia en niñas suecas 13 años. ^f Relación entre la edad de llegada y la edad de menarquia: a mayor edad, mayor adelanto.

África

Contexto

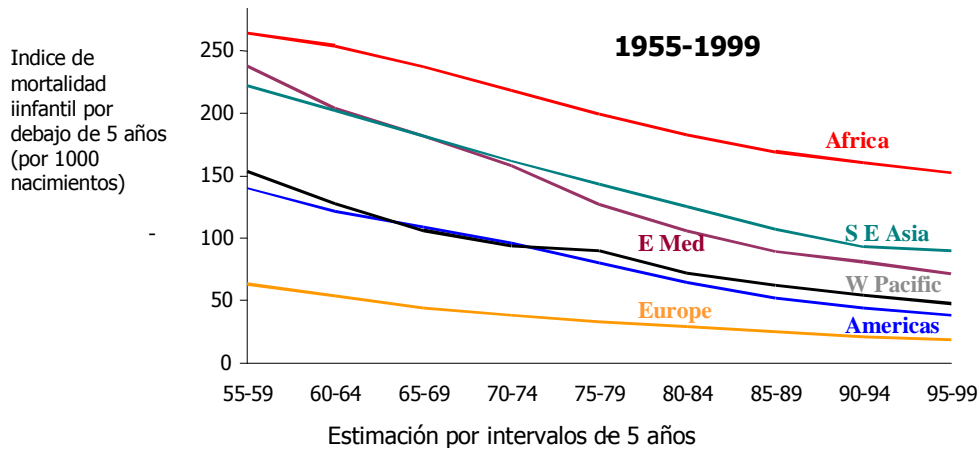
El continente africano, lo podemos dividir en dos grandes áreas geográficas, el Magreb y el África sub-sahariana.

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

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 (**figura 6**).

Figura 4.

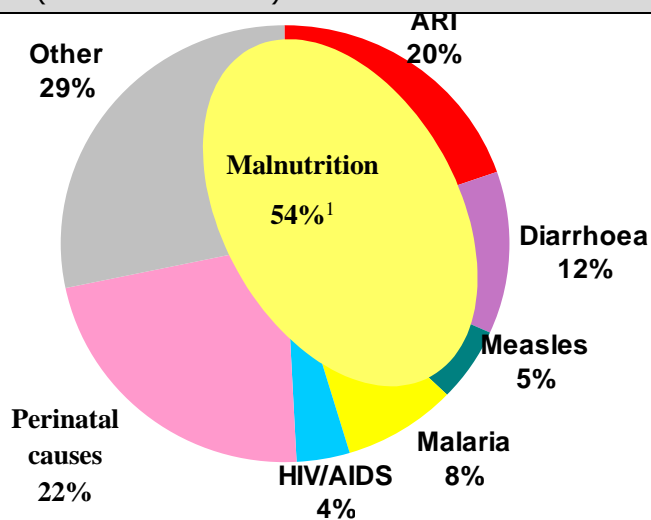
Mortalidad infantil (menores de 5 años) en África, tendencias.



Fuente: EPI/HO 2000

Figura 5.

Causas de mortalidad infantil (menores de 5 años) en África.



Fuente: EPI/HO 2000, basado en los datos de Pellender et al, J Nutr. 1994.

ARI: infecciones respiratorias agudas.

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*) pluricelulares *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Hymenolepsis nana*, *Estrongiloides estercolaris*.

Por ello es recomendable realizar un coprocultivo incluyendo rotavirus y determinación de las diferentes especies 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.

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 buscarán los parásitos en orina o heces dependiendo de la especie y se solicitarán serologías específicas para esquistosomas en sangre periférica.

Paludismo

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 varios meses y años después de abandonar la zona endémica. En el caso del *P. malariae* los episodios febriles pueden aparecer muchos años más tarde 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

Hemoglobinopatías

En todos estos niños debe realizarse un hemograma completo para la detección de anemia y estudio de hemoglobinopatías. Dado la gran prevalencia de algunas de ellas en el continente africano. Las talasemias son más propias del área del Magreb, mientras que la anemia de células falciformes (drepanocitosis) es una entidad propia del África sub-sahariana, y en algunos lugares las poblaciones de heterocigotos llegan al 30%. También es frecuente en esta población el déficit de G6-PDH, siendo preciso realizar este test antes de emplear determinada medicación, el motivo es que algunos medicamentos antimaláricos pueden desencadenar la crisis (Ej, la primaquina)

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 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, Esta prueba es insuficiente para conocer el estado de portador. 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. Ag, 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 Delta* 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. Los datos de los que disponemos actualmente nos indican que no existe una gran prevalencia de hepatitis C en la población africana, con la excepción de Egipto.

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. Es recomendable completar la serología con pruebas de PCR homologables.

Eosinofilia

La presencia de eosinófilos en sangre es frecuente y sugestiva de parásitos pluricelulares en los niños procedentes de África. Ante el hallazgo de eosinofilia, debemos repetir el estudio de parásitos si este ha sido negativo, realizar serologías específicas, Rx tórax según sintomatología, y realizar estudio de filarias. remitir a centro especializado

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, y según el resultado completar estudio tuberculosis multiresistente.

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 (p.e: 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 clitorectomía 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, o la extracción de piezas dentarias, con creencias curativas o de prosperidad.

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 del sarampión a los 9 meses, y se ha introducido en muchos países la vacuna contra la hepatitis B y se ha iniciado la vacunación contra *Haemophilus influenzae*.

Podemos reconocer la escara de la BCG, administrada en las maternidades, en el deltoides o en el antebrazo en algunos países como Madagascar y R. D. Congo.

Los niños adoptados procedentes de Marruecos suelen llegar a nuestro país con un documento acreditativo del calendario vacunal bien cumplimentado, las vacunas han sido correctamente administradas y son fiables. En este grupo de niños hemos de tener en cuenta que la consanguinidad puede ser más frecuente entre los padres de origen marroquí.

Los informes pre-adoptivos y los datos a obtener en adopción internacional.

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 de evaluaciones médicas y tratamientos médicos o quirúrgicos, y la existencia de factores de riesgo que pueden afectar su desarrollo a corto y largo plazo.

Sin embargo, 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, 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 18** se describen las deficiencias más frecuentemente observadas en los informes médicos pre-adoptivos emitidos en los países de origen.

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 conectoras 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", y 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 19** se describen los datos de interés médicos y sociales importantes.

Tabla 18.

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 clasificaciones, conceptos y 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.

Finalmente, siempre bajo la decisión de cada familia, la realización 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.

Tabla 19.

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, neumoalergenos, 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.

En la **tabla 20** 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 20.Características de un video válido para estudio pre-adoptivo^a

- Buena calidad de imagen y audio.
- Duración de al menos 10-15 minutos.
- Mostrar al niño con y sin ropa^b.
- 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.
- Mostrar en detalle y en diferentes ángulos el cráneo y la facies del niño.
- Mostrar en detalle el paladar y los dientes del niño.
- Mostrar en detalle las manos (dorso y palma) y los pies del niño.
- Mostrar en detalle cualquier aspecto de su físico que llame la atención.
- Realizar videos / fotografías secuenciales en el tiempo.

^a La obtención y uso de material audiovisual deberá respetar escrupulosamente los derechos del menor y la normativa legal vigente en los países de origen y en el nuestro.

^b Sin ropa, no quiere decir desnudo completamente, ya que puede agredir la intimidad del menor. Se pueden retirar prendas accesorias o remangar partes de la vestimenta.

El viaje y la estancia en el extranjero.

El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos, la mayoría 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 tos ferina. 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.

Como recomendación general, y siempre que sea posible, un niño menor de 2 años no debe viajar a una zona con riesgo de adquirir enfermedades tropicales.

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

- El país visitado.
- Las condiciones, itinerario 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 y antecedentes 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 debe recibir información antes de iniciar el viaje (en las 4 y 6 semanas previas), bien en la consulta médica preadoptiva o de su médico de familia/pediatra 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.

Como identificar los riesgos sanitarios y el modo de evitarlos

En la tabla 18 se describen una serie consejos y normas sanitarias útiles para viajeros internacionales.

Alertas sanitarias

Es necesario informarse sobre si en la región que se va a viajar existe actualmente algún brote o foco 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

Medidas preventivas

Se recomendará una pauta individualizada de vacunaciones. En las **tablas 21 y 22**, 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 frente al paludismo. En las **tabla 23 y 24** se describen las normas básicas y las medidas barrera de la profilaxis antipalúdica, y en la **tabla 25** los fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica. La vacuna frente a la malaria en la actualidad todavía se encuentra en fase de ensayo clínico.

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

- Ningún fármaco antipalúdico previene completamente 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 de iniciar el viaje (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 la pauta de quimioprofilaxis varían según el organismo que las realice, Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) o Center of Disease Control (CDC), y debe hacerse de 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 información disponible a través de Internet en esta URL:

www.msc.es/proteccionSalud/ciudadanos/viajero/vacunacion/cont_centros_vacunacion.htm

Recursos sanitarios a los que acudir en caso necesario

Si una vez en el país de destino, el niño o un miembro de la familia precisa atención sanitaria, hay que tener clara el tipo de cobertura sanitaria del seguro de viaje y de los centros sanitarios concertados,

así como los acuerdos que sobre prestaciones sanitarias tiene establecidos España con el país de destino.

Cuidados básicos del niño

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 26**), 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.

Debemos tener en cuenta que algunas enfermedades adquiridas durante el viaje, pueden manifestarse después del regreso, normalmente en los primeros tres meses, aunque algunas, como el paludismo, pueden tardar entre 6 y 12 meses en debutar, por lo que se debería consultar ante cualquier nueva sintomatología, comentando el viaje efectuado.

Tabla 21. (../..)
Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias que viajan al extranjero.
<p>Tétanos-Difteria (Td adulto):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar adelantar dosis si está cercana la edad recomendada para la próxima dosis. ▪ Adultos; si han transcurrido mas de 10 años de la dosis anterior. ▪ <i>En viajes a cualquier destino.</i>
<p>Poliomielitis (VPI, VPO):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacunado primariamente: 1 dosis de recuerdo VPI. ▪ En caso de adulto inmunizado previamente: 1 dosis de recuerdo con VPI. ▪ <i>Especialmente en viajes a la India, África y sudeste Asiático y otras áreas endémicas o epidémicas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.</i>
<p>Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple vírica):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (15m)
<p>Hepatitis B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Recomendada a todos lo adultos que viajen.</i> Los niños suelen estar inmunizados si está completa su vacunación sistemática ▪ Según calendario.
<p>Hepatitis A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ <i>Especialmente en viajes a países con situación higiénica deficientes y estancia prolongada.</i>
Nota: esta vacuna es muy recomendable, pero no está incluida en el calendario oficial de la mayoría

Tabla 21. (../..)

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

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 niños que viajen 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). En el caso de viajar con lactantes, sería conveniente que estuvieran vacunados contra el rotavirus.

Tabla 22. (../..)

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

Fiebre amarilla:

- Especialmente indicada en viajes a áreas endémicas [zonas tropicales de Sudamérica, Centroamérica y África subsahariana (central, este, sur y oeste)].
- Aunque esta 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.
- 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).

Fiebre tifoidea:

- 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: Vacuna oral Ty21a (indicada para adultos y niños a

Tabla 22. (../..)

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

partir de 6 años de edad). Vacuna parenteral ViCPS (indicada en niños pequeños, entre 2 y 6 años. También puede emplearse en adultos.

Cólera:

- Esta vacuna está sujeta a reglamentación internacional.
- *En situaciones de brote epidémico se recomienda la vacunación tanto a adultos como a niños.*
- Pauta: 1 dosis, vía oral.

Encefalitis japonesa:

- 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.
- Inmunidad: aunque la pauta completa son tres dosis, es recomendable al menos 2 dosis antes de iniciar el viaje para obtener inmunidad protectora.

Encefalitis centroeuropea

- Especialmente en viajes a áreas endémicas [zonas boscosas del centro de Europa, este de Europa y Asia oriental] durante los meses de mayo-octubre.
- Inmunidad: aunque la vacunación son tres dosis, la protección comienza a los 15 días de la 2ª dosis.

Meningitis meningocócica (A+C):

- 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.
- Inmunidad protectora a los 15 días de la vacunación.
- Meningitis tetravalente (ACYW135): exigida por autoridades sanitarias a todos los viajeros a zonas de Arabia Saudí. Se indica a las zonas de riesgo de África (Cinturón de la meningitis) Debe administrarse en los centros de
- Vacunación Internacional.
- Inmunidad protectora a los 10 – 15 días de la vacunación

Rabia:

- Especialmente en viajes a países de estancia prolongada y alta enzootia
- Evitar el contacto con los animales domésticos, principalmente perros y gatos.

Tabla 23. (../..)

Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales

1. 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.
- Utilizar ropa cómoda (algodón) y calzado adecuado.

2. 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.

3. Cuidados con el agua.

Tabla 23. (../..)

Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales

- El agua es un importante transmisor de enfermedades infecciosas.
 - 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), infecciones de ojos, oídos e intestinales.
4. 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.
5. Enfermedades de transmisión sexual (incluido SIDA y hepatitis B): utilizar preservativos y evitar tatuajes y *piercing*.
6. 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.

Tabla 24. (../..)

Profilaxis antipalúdica.

Normas básicas

- Informar a los padres del riesgo: periodo de incubación, síntomas más frecuentes, etc.
- 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.
- Aconsejar sobre la quimioprofilaxis antimalárica más adecuada.
- Consultar inmediatamente a un médico en caso de síntomas.
- En niños pequeños, no se recomiendan auto tratamientos. Desde Dic 2006, el CDC sugiere el uso de Atovacuna-proguanil como opción para auto tratamiento en niños de peso superior a 5 Kg que no lo hayan utilizado en profilaxis en caso de presentar fiebre y cuando no existe posibilidad de acudir a un centro médico antes de 24 horas. Siempre aclarar que se trata de una medida temporal y que requiere una valoración médica inmediata^a.

Medidas barrera

- 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:
 - Ropa adecuada que cubra la mayoría de las zonas expuestas: pantalón y camisas de manga larga, calcetines, zapato cerrado, gorra, etc.

Tabla 24. (../..)

Profilaxis antipalúdica.

- 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 grandes centros de multideportes o de viajes de aventura)
- Repelentes de insectos:
 - Adultos y niños mayores: Picaridina (ácido 1-piperidincarboxil,2-(hidroxietil)-1-metil-propileste) a concentraciones del 10-20%; DEET (N,N-dietil-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.).
- 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.
- En niños pequeños no se recomiendan autotratamientos.

^a CDC. Center for disease Control and Prevention. Health information for International Travel the "Yellow Book", Disponible en URL: www.cdc.gov/travel/contenyellowBook.aspx

Tabla 25. (../..)

Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica.

Farmacos	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 y zonas de Latinoamérica y algunas de Asia)
Proguanil	3 mg/kg. Dosis diaria. Desde el inicio del viaje, durante y 4 semanas después. <i>Siempre con cloroquina</i>	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 (solo por medicamentos extranjeros)	Zona de resistencia a cloroquina.
Atovaquone/proguanil ^a	Dosis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 5 kg: no se recomienda ▪ 5-8 kg: ½ comp pediátrico ▪ 8-11 kg: ¾ comp pediátrico ▪ 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.

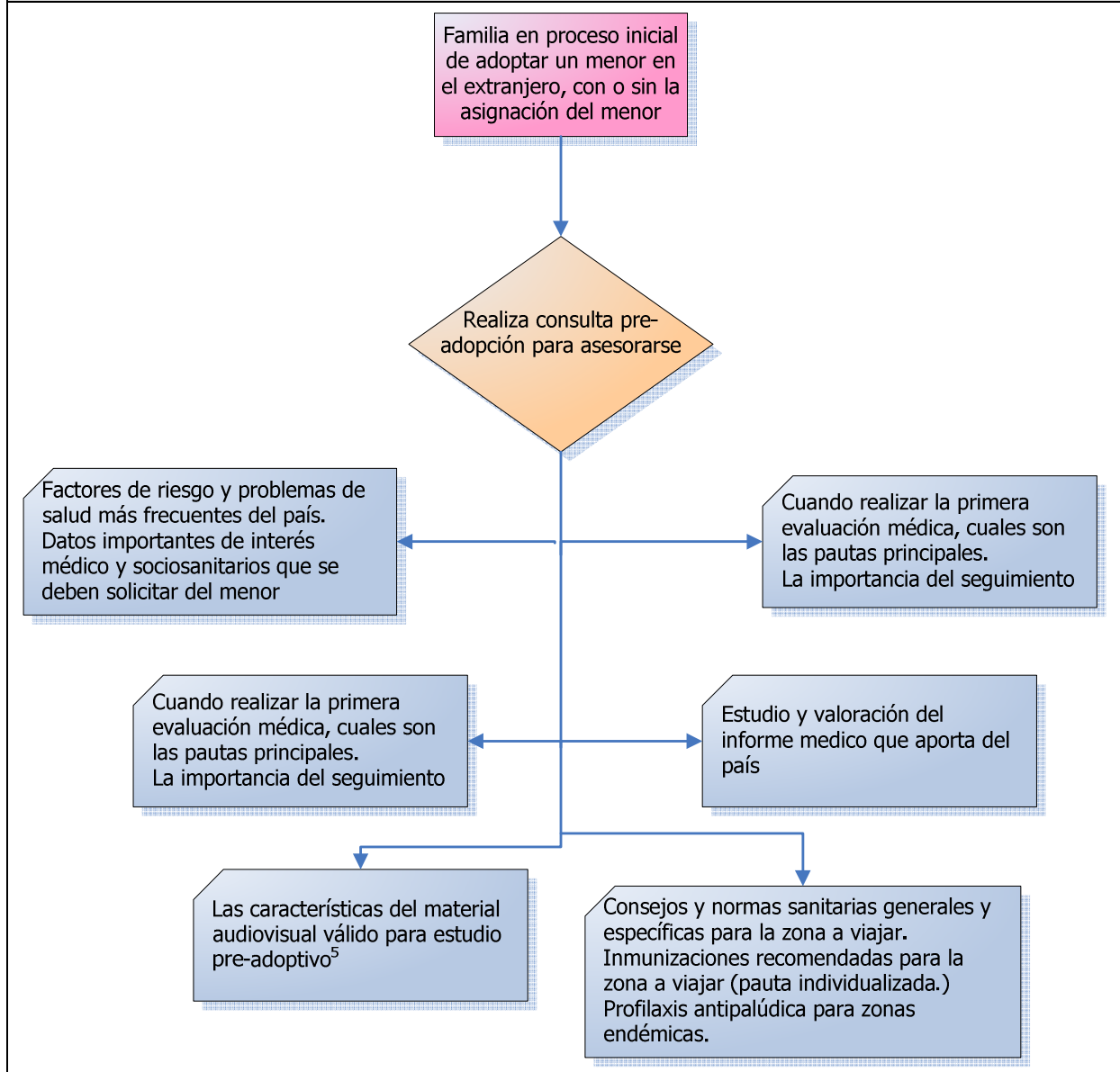
Tabla 25. (../..) Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica.		
Farmacos	Dosis	Indicaciones
Doxiciclina	1,5-2 mg/kg. Dosis diaria. Desde 1 día antes, durante y 4 semanas después. No en menores de 8 años.	Zona de multirresistencia (Tailandia-Camboya-Myanmar)
Primaquina	0,5 mg/kg/día, durante 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>

^a Posibilidad de utilizar (y las dosis) de Atovuacuna-proguanil en niños entre 5 y 11 Kg de peso.

Consultar: CDC. Center for disease Control and Prevention. Health information for International Travel the "Yellow Book", Disponible en URL: www.cdc.gov/travel/contenyellowBook.aspx

Tabla 26. Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional.	
Botiquín	Higiene y alimentación infantil
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paracetamol e ibuprofeno. ▪ Suero fisiológico (monodosis, aerosolizado para fosas nasales) ▪ Antibiótico oral de amplio espectro. ▪ Colirio antibiótico. ▪ Sobres de rehidratación oral (<i>bricks</i>). ▪ Crema antibiótica. ▪ Crema con corticoides. ▪ Crema de protección solar. ▪ Repelentes de insectos. ▪ Loción de permetrina al 1-1,5% (para piojos). ▪ Termómetro. ▪ Tiritas, esparadrapos y gasas estériles. ▪ Jeringuillas calibradas (5 y 10 cc). ▪ Solución antiséptica yodada. 	<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.
<p>El pediatra debe especificar por escrito en 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.</p>	

Algoritmo de la consulta de pre-adopción.



Post-adopción

La evaluación médica inicial

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 apropiado para la asistencia inicial de estos menores.

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.

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 la probabilidad, aunque baja, de transmisión de enfermedades infecciosas a otros miembros de la familia o de la comunidad.

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

Dentro de la evaluación médica inicial debemos diferenciar dos tipos de procedimientos:

- Una evaluación básica e inicial a todos los niños procedentes de adopción internacional (**tabla 27**).
- Una evaluación específica que se añadirá a la anterior en determinados casos (**tabla 28**), en dependencia de su edad, país de origen, informes médicos previos, signos o síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial.

Tabla 27. (../..)

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

- Exploración física completa.
- Evaluación del crecimiento y estado de nutrición.
- Evaluación inicial desarrollo psicomotor.
- Evaluación de signos de maltrato^a.
- Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones.
- Evaluación de la visión y audición.

Tabla 27. (../..)

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

- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Hemograma.
 - Hierro, transferrina y ferritina séricos.
 - Bioquímica elemental.
 - Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo).
 - Parásitos 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)^g.
 - Prueba de Tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml. 2 UT PPD RT 23)^{b,h}.

^a Ver: www.mtas.es/inicios/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf

^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, si no se ha realizado la PCR; para hepatitis B, solo en el caso de que en la primera determinación no se haya realizado el marcador anti-HBc; para tuberculosis, en casos de Mantoux inicial negativo).

^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) y derivar a centro especializado; 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 (salvo que haya recibido la BCG menos de 3 años antes). Si se estima que se trata de un niño con riesgo alto de contacto con la TBC la interpretación del resultado del Mantoux puede hacerse independientemente de que haya sido o no vacunado de BCG y considerarse positiva una induración de 10 mm, implicando realizar estudio radiológico de tórax.

Ver: http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/pdf/tuberculosis_v1_2007.pdf

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 renta baja (www.who.int/tb/challenges/xdr/faqs/es/ y www.who.int/tb/publications/2006/istc/en/index.html [fecha de consulta, 20/06/2008]).
- 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.

Tabla 28.

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

- Analizar criterios clínicos de sospecha de síndrome alcohólico fetal^b.
- Evaluación de la dentición (si procede por edad).
- Evaluación del desarrollo puberal (si procede por edad o estadio de desarrollo).
- Evaluación de la edad cronológica.
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Estudio de hemoglobinopatías^c.
 - Talasemias, drepanocitosis, otras hemoglobinopatías.
 - Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.
 - Bioquímica, sedimento de orina y urocultivo^d.
 - Coprocultivo^d (1 muestra).
 - Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.)^e.
 - Función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH)^f.
 - Estudio de paludismo (gota gruesa y frotis de sangre periférica)^g.
 - Investigación de citomegalovirus (cultivo de orina, IgM, IgG), toxoplasmosis y rubéola (IgM, IgG)^h.
 - Serología hepatitis A (IgM, IgG)ⁱ.
 - Serología de enfermedad de Chagas (*Tripanosoma Cruzi* Ig.G)^j.

^a En función de su edad, país de origen, informes médicos previos, niños con *necesidades especiales* o "pasillo verde". 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. Disponible en <http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf> y <http://depts.washington.edu/fasdpn/> [fecha de consulta 20/06/2008]).

^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 lactantes menores de 6 meses a los que no se les ha realizado cribado neonatal.

^f En niños mayores de 6 meses con retraso del desarrollo físico, psicomotor y/o neuromadurativo o con macrocefalia.

^g 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.

^h 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.

ⁱ En casos con sospecha clínica.

^j Las áreas endémicas son Centroamérica y Sudamérica. Si la serología convencional por ensayos inmunoenzimáticos (ELISA) o por inmunofluorescencia indirecta (IFI), derivar a centro especializado.

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 primer contacto y su relación se va a prolongar hasta la adolescencia.

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 disponibles en: <http://www.who.int/childgrowth/en/> . 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. Ampliamos información sobre la idoneidad de las tablas en el sub-apartado "crecimiento y gráficas".

Si la puntuación de medida de dichos parámetros es inferior a 2 desviaciones estándar (DS) 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.

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, con un rápido crecimiento en espiga ("catch-up") 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 los adoptados internacionalmente, ya que la nutrición es uno de los puntos más afectados no sólo por la situación socioeconómica, sino por la cultura, tipo de suelo y clima.

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

Para saber el estado de nutrición se emplean diversos métodos complejos de encuesta y sofisticadas fórmulas pero en la mayoría de los casos incluso desde lactante puede ser suficiente el

Índice Nutricional (IN) de Waterlow:

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

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:

$$\text{Perímetro braquial (en tercio medio del brazo no dominante)} / \text{Perímetro craneal}$$

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 al 0,36, normal.

Otra fórmula muy utilizada es 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 1 % la malnutrición será leve; si lo es del 15 al 25%, moderada, y si es mayor del 25%, grave.

Si los niños son malnutridos o con retraso de peso y talla, deben añadirse al análisis ya descrito, proteínas totales, perfil tiroideo, y marcadores de celiaquía.

Es conveniente tener en cuenta:

- La intolerancia a la lactosa, problema relativamente común por causa genética, malnutrición o infecciones intestinales repetidas.
- Alergias a las proteínas de vacuno, en caso de mala ganancia ponderal, intolerancias, flatulencia o dolor abdominal.

En los casos 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 procedentes de China se han mencionado problemas tiroideos por déficit de Yodo en la dieta e incluso niveles elevados de plomo en sangre que no han sido corroborados por los estudios españoles.

Otros problemas de hábitos alimenticios serán descritos en el capítulo de la adaptación inicial. Es frecuente la ingesta desproporcionadamente alta, 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 conocer 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 más importantes cuanto mayor haya sido el período de privación social o nutricional. Sin embargo, los estudios demuestran que la recuperación tras 3 o 4 años de tratamiento psicoafectivo y alimentación correcta, es total -física y emocionalmente- si la adopción fue antes de los 6 meses, y casi total si fue antes de los 4 años.

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

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 desarrollo. Incluso puede afirmarse que el peso, aunque algo por debajo de la media, permanece más estable que la talla, la cual se afecta gravemente.

Esta disminución en adoptados es directamente proporcional al tiempo de estancia en el orfanato. Esta falta de crecimiento es según algunos autores de un mes de retraso por cada 5 meses y según otros por cada tres pasados en el orfanato.

Al mismo tiempo, en todos los estudios de seguimiento se comprueba como mejoran (hasta el crecimiento en espiga -*catch-up*- completo en muchas ocasiones) a lo largo de los años, una vez situados en su 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 psicossocialmente, aunque esto está en discusión, pues el problema se centra en demostrar la independencia entre malnutrición crónica, carencia psicossocial 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.

Dado que 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 deprivación social), se sugiere esperar alrededor de un año antes de enviar al endocrinólogo, ya que casi todos estos niños realizan el crecimiento en espiga durante el primer año en el nuevo país.

Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor

Para evaluar el desarrollo psicomotor se recomienda 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 manipulativas (motricidad fina), postural (motricidad gruesa), del lenguaje y psicossocial.

Pautas:

- Primera visita pediátrica: una evaluación preliminar.
- Aplicación de test de desarrollo: a la llegada y a los 6 meses.

Conducta a seguir ante retrasos en esta segunda evaluación:

- Si el niño muestra un retraso mayor al esperado *-se estima que por cada 3-5 meses de estancia en un orfanato se produce un retraso del desarrollo psicomotor de 1 mes-*.
- Si 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.

- Si existe ansiedad parental muy llamativa.

Debe remitirse a un servicio de *atención temprana*. En la mayoría de los casos el retraso psicomotor, tras la estimulación y apoyo adecuados, 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. También se aprecia una alta correlación entre la presencia de problemas médicos importantes y el retraso de desarrollo psicomotor.

Evaluación, seguimiento y actualización del estado de inmunización

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

Un gran número de estos niños proceden de *países de renta baja* (PRB) en los que los objetivos básicos de la OMS/UNICEF en inmunizaciones pueden no cumplirse con regularidad (**tablas 29 y 30**).

Algunos de los problemas detectados son la ausencia de certificados oficiales de vacunación (en un 39-65% de los casos, especialmente cuando los niños proceden de Rusia y China) o la administración de vacunas con un calendario incorrecto o incompleto, ya que los países de origen frecuentemente utilizan pautas de vacunación que difieren de las nuestras. Las principales diferencias se encuentran en el tipo de vacunas utilizadas, la edad recomendada de administración, el número de dosis y el intervalo entre las mismas. En los procedentes de Europa del Este, Rusia y China se ha observado que hasta en el 5% de los casos se certifica la administración de una o más vacunas antes de la fecha en que nació el menor. Y al igual que con los inmigrantes, en ocasiones puede aparecer una anotación para la vacuna triple vírica cuando en realidad sólo se ha administrado la vacuna monoantigénica contra el sarampión. Esta situación de infrainmunización puede favorecer la aparición de casos de tos ferina, sarampión o rubeola en niños adoptados que pueden provocar pequeños brotes en sus contactos: la familia adoptiva, los representantes de las agencias de adopción, personal de las embajadas, tripulantes y pasajeros de los vuelos.

Se han invocado algunas circunstancias como causa de los bajos niveles de protección en China y Rusia, como la mala técnica de punción o los problemas en la conservación de la cadena del frío. También hay que tener presente que muchos niños adoptados, incluso con un calendario correcto, pueden no haber desarrollado una respuesta adecuada a todas o algunas de las vacunas administradas como consecuencia de la malnutrición, que está presente en cerca del 20 % de los casos.

No obstante, hay que tener en cuenta las grandes diferencias entre los distintos países y regiones de origen de los niños adoptados. También, que cada vez son más los países en los que se cubren las necesidades básicas de los niños institucionalizados en cuanto a las inmunizaciones básicas; esto es particularmente apreciables en los niños procedentes del centro y sur del continente americano, en los últimos años.

Pauta de actuación

Aunque los fabricantes de vacunas pueden producir preparados con distintos grados de inmunogenicidad en diferentes países, la mayoría de las vacunas utilizadas en el mundo cumplen con los controles de seguridad, tienen una potencia adecuada y, por ello, su acción es fiable.

Un problema añadido es que en ocasiones los certificados de vacunación solo incluyen el nombre comercial de la vacuna, que puede cambiar en cada país. Gonzalez de Aledo recopila en un artículo muy útil 235 vacunas comercializadas en diversos países, ordenadas por nombres comerciales en orden alfabético incluyendo su composición genérica, composición exacta y laboratorio fabricante.

Para asegurar el correcto estado de inmunización de los niños inmigrantes y adoptados únicamente se tomarán en consideración aquellos casos en los que exista un documento escrito, en el que además comprobaremos que las fechas de administración de vacunas, intervalos entre dosis y la edad del niño en el momento de la inmunización es comparable a las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas (CAV) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (**Tablas 31 y 32**)

Tabla 29.

Calendario vacunal en los principales países de origen de adopción internacional e inmigración (año 2006).

PAISES	DTP	Polio OPV/IPV	DT/Td	Hib	HVB	Men A+C	SRP
China	3,4,5,18-24 m	2,3,4 m, 4 a	7 a		0,1,6 m		8 m (S),7 a (S)
Rusia	3,4,5,6,18 m	IPV:3,4,5,6 m OPV: 3,4,5,6,18,20m, 14a	7,14 (Td)		0,1,6 m		12 m,6 a
Ucrania	3,4,5 DTPe 18 m (DTPa)	IPV: 3,4 OPV: 5,18 m 6,14 a	14,23 a (Td)	3,4,5,18 m	0,1,6 m		12m, 6 a, 15 a (P) ^a
Bulgaria	2,3,4 m, 2 a (DTPe)	OPV:2,3,4,14,22 m, 7 a IPV: 2,3,4,14,22 m, 7 a ^b	7 a (DT) 12,17,25,35,45,55 (Td)		0,1,6 m		13 m 12 a
Rumanía	2,4,6,12,30-35 m (DTPe)	OPV: 2,4,6,12m 9 a	7,14 a (DT)		0,2,6 m		12-15 m, 7 a 14 (R)
Bolivia	2,4,6 m	OPV: 2,4,6 m	(Td) Exposición: 0,+6, +12 m	2,4,6 m	2,4,6 m		12-23 m
Colombia	DTPe: 2,4,6,18 m	OPV:2,4,6,18 m, 5 a IPV: 2,4,6 m	5 a (DT)	2,4,6 m	2,4,6 m		1,5 a
Ecuador	DTPe: 2,4,6,18 m	OPV: 2,4,6,18 m	(Td) Exposición: 0,+6, +12 m	2,4,6 m	2,4,6 m		12-23 m
R. Dominicana	DTPe: 2,4,6,18 m, 4 a	OPV: 2,4,6,18 m, 4 a	(Td) Exposición: 0,+6, +12 m	2,4,6 m	2,4,6 m/0,1,6 m	>2 a	12 m
Perú	DTPe: 2,3,4 m	OPV: 2,3,4 m	(Td) Exposición: 0,+1,+6m/0,+1,+12 m	2,3,4 m	0,2,4 m		12 m
Marruecos	DTPe: 6,10,14 sem, 18 m	OPV: 6,10,14 sem, 18 m	(T) Exposición: 0,+1,+6m/0,+1,+12 m	6,10,14 sem	0, 6 sem,9 m		9 m (S) 6 a (SR)
Argelia	DTPe: 3,4,5,18 m	OPV: 0,3,4,18 m, 6,11-13,16-18 a	DT: 6 a Td: 11-13,16-18 a		0,1,5 m		9 m (S)
India	DTPe: 6,10,14 sem, 16-24 m	OPV: 0, 6,10,14 sem, 16-24 m, 10,16 a	DT: 5 a		6,10,14 sem ^c		9-12 m (S)

a: varones; b: desde mayo 2007; c: parte del país; DTPa: difteria-tétanos-tosferina entera; DTPe: difteria-tétanos-tosferina acelular; OPV: polio oral; IPV: polio inactivada; T: tétano; DT: difteria-tétanos; Td: tétanos difteria adulto; Hib: haemophilus influenzae; HVB: hepatitis B; Men A+C: meningococo polisacárida A y C; S: sarampión; R: rubéola; P: parotiditis; SRP: triple vírica.

Fuente: OMS.

Tabla 30.

Cobertura vacunal en los principales países de origen de adopción/inmigración (período 2000-2006).

	Rumanía	Colombia	Ucrania	Fed. Rusa	China	Marruecos	Ecuador
BCG	98-99%	86-96%	96-99%	96-97%	84-86%	92-97%	99%
DTP3	97-99%	74-91%	96-99%	96-98%	85-87%	91-98%	89-98%
Hib	---	61-93%	---	---	---	0-10%	58-98%
Pol3	97-99%	78-91%	95-99%	97-98%	86-87%	91-98%	81-99%
HVB3	98-99%	74-93%	4-97% ¹	0-97% ¹	72-84%	43-96%	38-98%
SPR	97-98%	75-92%	96-99%	97-99%	85-86%	93-97%	84-99%

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Objetivos

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.

Actividades:

- Revisión de los registros vacunales.
- Actualización de las inmunizaciones en función de la edad y las vacunaciones previas documentadas.
- Revisar y actualizar las vacunas en todos los contactos domésticos de estos niños.

Revisión de los registros vacunales:

¿Cuándo considerar que los registros vacunales son válidos?:

- Debe considerarse que un registro vacunal es correcto y veraz cuando consten de forma clara las vacunas que ha recibido el niño y las fechas en que fueron administradas. Debe comprobarse la coherencia entre la fecha de nacimiento y las fechas de vacunación.
- Comprobar que se ha respetado la edad mínima de cada vacunación y los intervalos mínimos entre dosis vacunales. Los intervalos entre dosis de la misma vacuna deben ser, en general, mayores de 28 días (intervalos mayores no afectan a la inmunogenicidad de las vacunas. **Tabla 30**)

¿Qué hacer cuando los registros vacunales se consideran no válidos o no existen?:

Si no se tiene una constancia clara de que una 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.

Actualización de las inmunizaciones en función de la edad y las vacunaciones previas documentadas.**Consideraciones previas:**

A la hora de actualizar las inmunizaciones de un NAE debe tenerse en cuenta que:

- Vacuna triple vírica (TV). En la mayoría de los PRB se usa 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 (Hib), anti-meningococo C y anti-neumococo conjugadas y vacuna anti-varicela. Pocos niños habrán recibido estas vacunas, por lo que deberá

valorarse su necesidad en cada caso (la vacuna conjugada para meningococo C en niños de cualquier edad, la vacuna contra la varicela en mayores de 1 año, y las vacunas conjugadas frente a Hib y neumococo en los menores de 6 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, también, de indicador de la veracidad de los registros vacunales.
- La mayoría de niños que provienen de los PRB han recibido la vacuna BCG al nacimiento. Este dato se puede comprobar buscando la escara o cicatriz cutánea a nivel del deltoides, ya que este dato tiene importancia a la hora de interpretar el resultado de la prueba de tuberculina.

Algunos de estos niños pueden haber recibido otras vacunas no sistemáticas en nuestro medio, como las de la hepatitis A, fiebre amarilla, meningococo A+C/tetravalente polisacarídica 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 frente a meningococo polisacarídica y la conjugada, y entre la vacuna contra la fiebre amarilla y cualquiera otra vacuna, en el orden mencionado). Hay diversas fuentes donde consultar los calendarios vacunales en los países de procedencia de los niños adoptados internacionalmente.

Estrategias posibles:

No hay datos concluyentes respecto a la correlación entre los registros vacunales y el nivel de protección de los niños adoptados en el extranjero.

Las dos estrategias posibles son: 1) La vacunación sistemática en función de la edad y sin considerar los registros vacunales; y 2) La realización de cribado serológico previo a la vacunación.

1. Vacunar a estos niños desde *cero*, sin considerar los registros vacunales previos en una estrategia aceptable, porque:

- La vacunación de niños ya inmunes es, en general, segura (se ha descrito un mayor riesgo de reacciones locales intensas tras la revacunación con DTPa/DT/T en niños inmunizados).
- Evita los estudios serológicos costosos y en general no disponibles.

No obstante, deberá valorarse cada caso de forma individual en función de la verosimilitud de los registros vacunales.

2. Hacer cribado serológico y actuar posteriormente en función de los resultados es una opción aceptable también cuando se dispone del acceso a estas pruebas, lo cual no es la norma. La interpretación de algunos de estos test es difícil y controvertida; muchas veces pueden no reflejar con precisión el nivel de protección (infraestimándolo, en general).

Recomendaciones para cada tipo de vacuna:

- Hepatitis B: tablas 32, 33 y 34.
- DTPa: tabla 35.
- Hib: tabla 36.
- Polio: tabla 37.
- Meningococo C: tabla 38.
- Triple vírica: tabla 39.
- Varicela: tabla 40.
- Neumococo: tabla 41.

Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño correctamente inmunizado:

- Ver tabla 42 (esta tabla puede necesitar alguna adaptación a los distintos calendarios de las comunidades autónomas españolas, incomprensiblemente no homogéneos)

Pautas de actualización vacunal en niños no vacunados o inmunizados de forma incompleta según la edad:

- **Ver tablas 43 a 48** (estas tablas pueden necesitar alguna adaptación a los distintos calendarios de las comunidades autónomas españolas, incomprensiblemente no homogéneos).

Calendario oficial de vacunaciones de la AEP, 2008: Ver tabla 31

Tabla 31

VACUNAS	Edad MESES					Edad AÑOS				
	0	2	4	6	12-15	15-18	3-4	6	11-12	13-16
Hepatitis B ¹ (madres HBsAg[-])	HB ²	HB ^{2,3}	HB ³	HB ^{2,3}					HB ⁴	
Difteria ⁵ Tétanos Tosferina		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa		dTpa ⁶
Polio ⁷		VPI	VPI	VPI		VPI				
H. Influenzae b ⁸		Hib	Hib	Hib		Hib				
Meningococo C ⁹		MC	MC		MC ³					
Sarampión ¹⁰ Rubeola Parotiditis					TV		TV			
Varicela ¹¹					Var		Var		Varicela	
Neumococo ¹²		Pn7v	Pn7v	Pn7v	Pn7v					
Papilomavirus ¹³									VPH	
Rotavirus ¹⁴⁻¹⁵		ROTAV								
Gripe ¹⁶					GRIFE			GRIFE		
Hepatitis A ¹⁷					HA	HA		HA		

RECOMENDADAS
RECOMENDADAS C. RIESGO
Rango de edad recomendado
CATCH-UP

1. Se puede emplear dos pautas de vacunación: a) Con inicio al nacimiento y continuación a los 2 y 6 meses de edad. b) Con inicio a los 2 meses y continuación a los 4 y 6 meses de edad. Los hijos de madres AgHBs positivo deben recibir una dosis de vacuna junto con 0,5 ml de gammaglobulina antihepatitis B en sitios anatómicos diferentes y dentro de las primeras 12 horas de vida. La segunda dosis se administrará al mes de vida y la tercera a los 6 meses. En los casos de desconocimiento del HBsAg de la madre deberá administrarse la vacuna al nacimiento e investigarlo de manera que en caso de ser positivo pueda administrarse la gammaglobulina antihepatitis B en la primera semana de vida.
2. Pauta 0-2-6 meses de vacuna frente a hepatitis B.
3. Pauta 2-4-6 meses de vacuna frente a hepatitis B.
4. Vacunación a los 11-12 años pertenecientes a cohortes no vacunados en el primer año de vida. Se empleará la pauta 0-1-6 meses.
5. Difteria, Tétanos y Pertussis acelular en todas las dosis. Administrar la quinta dosis a los 6 años.
6. Vacunación a los 13-16 años con vacuna difteria, tétanos y pertussis de adultos (baja carga antigénica) (dTpa); administrar una dosis cada 10 años en la edad adulta.
7. Polio inactivada en todas las dosis. Son suficientes 4 dosis.
8. Vacuna conjugada frente a Haemophilus influenzae tipo b.
9. Vacuna conjugada frente a Neisseria meningitidis C.
10. Sarampión Rubeola y Parotiditis. Triple vírica (TV). La segunda dosis se administrará a los 3-4 años.
11. Varicela: Se recomienda la vacunación universal de niños sanos con una primera dosis a la edad de 12-15 meses, y una segunda dosis a los 3-4 años. A partir de esa edad, vacunación de niños y adolescentes susceptibles.
12. Vacuna antineumocócica conjugada 7-valente: pauta 2-4-6 meses con una dosis de recuerdo en el segundo año de vida.
13. Vacuna VPH tres dosis a niñas entre 11-16 años, con pauta 0-2-6 meses si se emplea el preparado tetravalente ó en pauta 0-1-5 meses si se utiliza el preparado bivalente.
14. Vacuna de rotavirus 2 ó 3 dosis dependiendo del preparado vacunal separadas por 4 semanas de tal forma que la primera dosis se administre entre las 6 y las 12 semanas, y la pauta se complete antes de las 24-26 semanas.
15. Vacuna frente a rotavirus opcional: "Al tratarse de una vacuna no financiada, en aquellas situaciones que el pediatra deba establecer prioridades, debería optarse en primer lugar por la vacuna frente al neumococo y en segundo lugar por la vacuna frente a la varicela, relegando a último término la vacuna frente a rotavirus, por tratarse de una enfermedad más leve para el niño que las anteriores".
16. Vacuna de gripe recomendada a partir de los 6 meses a niños incluidos en las recomendaciones de la AEP, y a niños sin criterios de riesgo que sus padres o tutores la soliciten y/o su pediatra considere oportuna su administración.
17. Vacuna de Hepatitis A: recomendadas dos dosis separadas por 6-12 meses a partir de los 12 meses de edad, a los niños viajeros ó en situación de especial riesgo. Administrarla a niños y adolescentes susceptibles cuyos padres o tutores la soliciten y/o su pediatra considere oportuna su administración.

Tabla 32.		
Vacuna hepatitis B		
Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacunas	Serología (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc), y actuación según tablas 2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera dosis de vacuna a la vez que el cribado y después actuar según resultado ▪ Si HBsAg+ y/o anti-HBc+ son necesarios estudios complementarios ▪ Si HBsAg+ no necesitan vacunación
Registros / cualquier número de dosis		

Anti-HBc: anticuerpos frente a las proteínas del core del virus de la hepatitis B. Anti-HBs: anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.

Tabla 33.		
Actuación según el resultado de anti-HBs y el estatus vacunal registrado		
Estatus vacunal	Anti-HBs \geq 10 mUI/ml	Anti-HBs <10 mUI/ml
Ninguna o menos de 3 dosis registradas	Iniciar o completar la pauta vacunal	Iniciar o completar la pauta vacunal
3 dosis registradas	No más vacuna	4ª dosis vacunal

Tabla 34.					
¿Cómo interpretar los marcadores de hepatitis B? (../..)					
HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBcAg	Anti-HBe	Comentarios / acción
-	-	-	-	-	Susceptible / vacunación completa
-	+	-	-	-	Inmunizado (vacuna o ¿infección antigua?) / actuar según tabla 2
-	+	IgG	-	+/-	Fase de recuperación hepatitis B / no es necesaria vacunación
-	-	IgM	+	+/-	Hepatitis B aguda, período ventana para HBsAg
+	-	IgM	+	-	Hepatitis B aguda, muy contagiosa / no es necesaria vacunación
+	-	IgG	-	+	Hepatitis B aguda fase tardía o hepatitis crónica, poco contagiosa / no

Tabla 34.					
¿Cómo interpretar los marcadores de hepatitis B? (../..)					
HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBcAg	Anti-HBe	Comentarios / acción
					es necesaria vacunación
+	-	IgG	+	-	Hepatitis B crónica, muy contagiosa / no es necesaria vacunación
+	-	-	+/-	-	Portador crónico / no es necesaria vacunación
-	-	IgG	-	+/-	Portador o infección crónica con HBsAg indetectable, falso positivo / determinaciones seriadas / poner 1 dosis de vacuna y repetir cribado 1 mes después y actuar según resultado
+	+	+	+/-	+/-	HBsAg de un subtipo y anti-HBs heterotípico o proceso de seroconversión / determinaciones seriadas / no es necesaria vacunación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. El HBsAg aparece en el suero al final del periodo de incubación, en la fase aguda y en estadio crónico de la hepatitis B. ▪ Anti-HBs: anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. ▪ Anti-HBc: anticuerpos frente a las proteínas del core del virus de la hepatitis B. El Anti HBc es el primer anticuerpo que aparece tras la infección y el que persiste durante años. ▪ HBcAg: antígeno del core del virus de la hepatitis B. ▪ Anti-Hbe: anticuerpos frente al antígeno e del virus de la hepatitis B. El HBeAg indica replicación viral activa e infectividad. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hepatitis A. Anti-VHA IgM: infección aguda por el virus de la hepatitis A. ▪ Hepatitis C. Anti-VHC es de interpretación difícil ya que puede ser un marcador de infección pasada, un falso positivo o una infección crónica. La determinación del RNA-VHC, confirma la infección activa del virus C. ▪ Hepatitis D. Anti-VHD indica coinfección o sobreinfección por el virus de la hepatitis D. 					

Tabla 35.		
Vacuna anti-poliomielitis		
Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacunas	Vacunar con IPV según la edad	
Registros fiables	Vacunar con IPV según la edad (contando con las dosis registradas)	La vacunación con OPV en países en vías de desarrollo pueden ser poco inmunógenas para algún poliovirus: poner una dosis de IPV

Tabla 35.**Vacuna anti-poliomielitis**

Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
		extra de refuerzo
Registros no fiables	Vacunar con IPV según la edad (sin contar con las dosis registradas)	3 ó más dosis registradas y acceso a serología. Actuar según niveles protectores frente a los 3 poliovirus: <ul style="list-style-type: none">▪ Sí: completar vacunación según la edad (contando dosis previas)▪ No (todos o alguno poliovirus): iniciar vacunación completa con IPV (sin contar con las dosis registradas)

IPV: vacuna antipoliomielitis inactivada inyectable. **OPV:** vacuna antipoliomielitis atenuada oral.

Tabla 36.		
Vacuna DTPa		
Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacunas	Vacunar según la edad	
Registros fiables	Vacunar según la edad (contando con las dosis registradas)	
Registros no fiables / cualquier número de dosis registradas	Si no se dispone de acceso a serología: <ul style="list-style-type: none"> Vacunar según la edad (sin contar con las dosis registradas) 	Si reacción local grave: serología para tétanos y difteria antes de seguir con las dosis siguientes. Actuar según niveles protectores: <ul style="list-style-type: none"> Sí: usar dT, dTPa o T. Valorar completar vacunación según la edad (contando todas las dosis registradas) No: usar dT, dTPa o T. Valorar completar vacunación según la edad (sin contar las dosis registradas previas)
	3 ó más dosis de DTP o DTPa y acceso a serología para tétanos y difteria. Según niveles protectores: <ul style="list-style-type: none"> Sí: seguir pauta de vacunación según edad contando las dosis previas No: poner una dosis de DTPa/dTPa/dT según edad y hacer nueva serología a las 4 semanas. Si hay respuesta booster, seguir pauta de vacunación según la edad contando las dosis previas. Si no, completar la vacunación primaria 	Poner una dosis única (<i>booster</i>) de DTPa/dTPa/dT según edad y hacer serología para tétanos y difteria a las 4 semanas. Según niveles protectores: <ul style="list-style-type: none"> Sí: seguir pauta de vacunación según edad contando todas las dosis registradas Completar vacunación primaria sin contar las dosis registradas previas

dT: vacuna contra la difteria (con contenido reducido) y tétanos. **dTPa:** vacuna contra la difteria (con contenido reducido), tétanos y tos ferina (acelular). **DTP:** vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina (células completas). **DTPa:** vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina (acelular). **T:** vacuna contra el tétanos.

Tabla 37.		
Vacuna Hib		
Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacunas recibidas	Vacunar según la edad	Vacuna no indicada en ≥ 5 años
Registros fiables	Vacunar según la edad (contando con las dosis registradas)	
Registros no fiables	Vacunar según la edad (sin considerar los registros)	

Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b.

Tabla 38.		
Vacuna Meningococo C		
Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacuna / registros no fiables	Vacunar según la edad	

Tabla 39.		
Vacuna Triple vírica (TV)		
Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacunas recibidas	Vacunar según la edad	Indicada a partir de los 12 meses de edad
Vacuna TV o vacuna monovalente (sarampión) antes del año de edad / Vacuna monovalente (sarampión) después del año de edad	Vacunar según la edad (sin considerar los registros)	
Vacuna TV después del año de edad / registros fiables	Vacunar según la edad (contando con las dosis después del año de edad registradas)	
Vacuna TV después del año de edad / registros no fiables	Vacunar según la edad (sin considerar los registros)	Serología IgG para sarampión y/o rubéola; ¿niveles protectores?: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si: vacunar según la edad y contando las dosis de TV puestas después del año de edad ▪ No: vacunar según la edad sin contar las dosis registradas

TV: vacuna triple vírica.

Tabla 40.**Vacuna Varicela**

Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacuna / registros no fiables	Vacunar según la edad	Indicada a partir de los 12 meses de edad Si evidencias de enfermedad previa (cicatrices): no vacunar

Tabla 41.**Vacuna Neumococo conjugada**

Registros / vacunas previas	Recomendación	Observaciones / alternativas
No registros / no vacuna / registros no fiables	Vacunar según la edad	Vacuna no indicada en ≥ 6 años

Tabla 42.**Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado según la edad ^a**

Edad	DTPa	VPI ^b	HB	Hib	MenC	Rot	TV	Var	VNC7v
2 a 11 meses	3	3	3	3 ó 2 ^c	2	2-3 ^d			3 ó 2 ^c
1 a 6 años	5 ^e	4 ^f	3	1 ^g	1		2 ^h	1	2
7 a 18 años	3 ⁱ	4 ^f	3	-	1 ^j		2	1-2 ^k	

- 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 primovacunación.
- 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.

^a Esta tabla puede necesitar alguna adaptación a los distintos calendarios de las comunidades autónomas españolas, incomprensiblemente no homogéneos.

^b Vacuna antipoliomielitis; considerar válidas indistintamente vacunas VPI y VPO.

^c Dosis según la edad de comienzo de la vacunación: 3 en menores de 7 meses y 2 en mayores de 7 meses.

^d Primera dosis entre la 6 y 12 semana de edad. Última dosis antes de las 24 semanas de edad. Rotateq® 3 dosis, Rotarix® 2 dosis.

^e La 5ª dosis no es necesaria si la 4ª se pone después de cumplir los 4 años.

^f La 4ª dosis no es necesaria si la 3ª se pone después de cumplir los 4 años. En el caso de que todas las dosis no fueran del mismo tipo (unas de polio oral y otras inyectable) se completarán en todos los casos 4 dosis, independientemente de la edad.

^g A los menores de 5 años. Si se administra con 12 meses cumplidos, es suficiente con una dosis única.

^h Primera dosis a partir de los 12-15 meses de edad. Segunda dosis a partir de los 3-4 años, al menos 4 semanas después de la primera dosis.

ⁱ Usar dT o dTpa.

^j Si la vacuna se administró después del año de edad.

^k 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).

DTPa (vacuna contra la difteria, tétanos y pertussis acelular); **dT** (vacuna contra tétanos y difteria adulto); **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); **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).

Tabla 43. Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 3 a 6 meses				
Visita 1	Meses contados a partir de la primera visita			
	2	4	6	
DTPa	DTPa	DTPa		
VPI	VPI	VPI		
Hib	Hib	Hib		
HB	HB		HB	
MenC	MenC			
VNC7v	VNC7v	VNC7v		

Siguiente cita según calendario oficial: a los 12-15 meses de edad.

Tabla 44. Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 7 a 11 meses				
Visita 1	Meses contados a partir de la primera visita			
	2	4	6	12
DTPa	DTPa	DTPa		DTPa
VPI	VPI	VPI		
Hib	Hib			Hib
HB	HB		HB	
MenC	MenC		MenC ^a	
VNC7v	VNC7v			VNC7v
			TV	
			Var	

^a La 3ª dosis de MenC no es necesaria si la 2ª se puso después de los 12 meses de edad.

Siguiente cita según calendario oficial: 3-6 años de edad.

Tabla 45.				
Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 12 a 23 meses				
Visita 1	Meses contados a partir de la primera visita			
	2	4	6	12
DTPa	DTPa	DTPa		DTPa
VPI	VPI	VPI		VPI
Hib				
HB	HB		HB	
MenC				
VNC7v	VNC7v			
TV				
	Var			

Siguiente cita según calendario oficial: 3-6 años de edad.

Tabla 46.				
Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 2 a 4 años				
Visita 1	Meses contados a partir de la primera visita			
	2	4	6	12 ^a
DTPa	DTPa	DTPa		DTPa
VPI	VPI	VPI		VPI
Hib				
HB	HB		HB	
MenC				
TV ^b				
Var ^c				

^a Si es posible tratar de adaptar esta cita al calendario oficial (4 años de edad).
^b Segunda dosis a los 3-6 años de edad (o 2 meses después de la primera dosis si ya tiene esta edad).
^c Salvo que haya pasado la enfermedad (antecedente comprobado).

Siguiente cita según calendario oficial: a los 14 años de edad.

Tabla 47.**Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 5 a 6 años**

Visita 1	Meses contados a partir de la primera visita			
	2	4	6	12
DTPa	DTPa	DTPa		DTPa
VPI	VPI	VPI		VPI
HB	HB		HB	
MenC				
TV	TV			
Var ^a				

^a Salvo que haya pasado la enfermedad (antecedente comprobado).

Siguiente cita según calendario oficial: a los 14 años de edad.

Tabla 48.**Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 7 a 22 años**

Visita 1	Meses contados a partir de la primera visita			
	1	7		
dT	dT	dT		
VPI	VPI	VPI		
HB	HB	HB		
MenC				
TV	TV			
Var ^a				

^a Salvo que haya pasado la enfermedad (antecedente comprobado).

Resto de vacunas según calendario oficial: vacuna dT cada 10 años.

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.

Evaluación y seguimiento de la dentición.

El raquitismo, la malnutrición, el exceso de azúcar en la dieta, la falta de higiene dental y la ausencia de fluoración del agua de bebida, 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.

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. Debe realizarse a la llegada y 12 meses después de la adopción (periodo de transición adecuado para la evaluación formal de la edad cronológica).

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICO-SOCIAL EN POSTADOPCIÓN.

Ser familia adoptiva

La adopción, desde la perspectiva psicosocial, es la crianza de un menor al que no se está unido por vínculos biológicos y su integración en la propia familia. Para que esta integración sea efectiva es refrendada por un acto social y jurídico que sitúa al menor como hijo no sólo en el ámbito intrafamiliar sino frente a la sociedad y la ley. Ser familia adoptiva es, desde el punto de vista legal, todo lo que significa ser familia y psicológicamente implica la mayoría de las vivencias y características de la familia con hijos biológicos pero, además, supone la aceptación de ciertos retos o diferencias específicas, o al menos más frecuentes, en adopción.

Diferencias en el niño

- Los niños son diferentes, en muchos sentidos, de los que hubieran sido o son los hijos biológicos de una familia determinada.
- Los niños vienen de situaciones vitales generalmente dolorosas, estresantes y llenas de carencias por lo que no podemos negar la dificultad que ha podido suponer para el niño esta historia de desarrollo.
- Los niños tienen derecho a conocer su historia, la que vivieron antes de llegar a su familia actual, la que hizo que su familia optara por su adopción y la que han vivido desde que están en su familia. La familia tiene que estar abierta, no sólo a comunicar al niño el hecho de que es adoptado sino a asumir el compromiso de acompañarle en la reconstrucción de su historia personal cuando él lo necesite.
- La historia del niño se va a manifestar en su modo de ser y de comportarse. La historia no es sólo una cuestión estática que ha quedado en el pasado sino que, parte de esa historia ha impactado en su desarrollo y le va a influir en su vida cotidiana.

- Las diferencias en su origen y su historia pueden hacer que el niño tenga que enfrentarse a comentarios desafortunados, tratamientos especiales, discriminación (positiva y negativa) e incluso, cuando tiene características étnicas diferentes, al racismo de algunos.

Los niños adoptados, como grupo y a pesar de los enormes retos de adaptación y de construcción de sí mismos que tienen que afrontar a lo largo de la vida, tienen un funcionamiento muy similar al resto de los niños y mucho mejor que el de los niños que permanecen institucionalizados o en entornos de cuidado deficiente. Si bien es cierto que no es universal que los niños tengan grandes dificultades, sí que es verdad que,

- Tienen que superar algunos retos que no se les presentan al resto de los niños.
- Hay un grupo importante de niños seriamente dañados en su desarrollo

El entorno familiar puede servir como un factor de protección que mitigue la influencia temprana de los riesgos asociados a la historia de desarrollo de los niños y, sin embargo, la propia adopción también plantea retos adicionales para las familias.

Diferencias en el papel de la familia:

Además de todas las tareas que tienen que asumir todos los padres en la crianza de sus hijos, la adopción sitúa a las familias frente a algunos retos especiales de este modo de construir familias. Algunas de estas diferencias suponen un aumento del estrés durante sus transiciones vitales y una mayor necesidad de recursos adicionales que otros tipos de sistema familiar, por ejemplo:

- La superación de los duelos previos: muchas familias adoptan tras diagnósticos de infertilidad, más o menos definitivos, o historias dolorosas relacionadas con la espera de la paternidad/maternidad
- El proceso de adopción: el hecho de tener que acostumbrarse a la presencia de la administración y la burocracia en su camino hacia la paternidad, la formación, la idoneidad, los papeles, la incertidumbre de la espera, los viajes...
- La paternidad instantánea: los padres adoptivos tienen que asumir en un plazo indeterminado la paternidad de un niño de edad indeterminada sin que haya signos previos evidentes, como el embarazo, de que se van a convertir en padres ni de cuándo se va a producir este hecho.
- La adopción visible: es probable que la adopción sea visible o fácil de detectar por el mundo social y que, con ello, la intimidad de la familia quede expuesta a la mirada de los demás y a una cierta pérdida de intimidad.
- La comunicación con el hijo sobre la adopción: los padres tienen también que aceptar los orígenes del niño, en muchas ocasiones en ausencia de una información clara y completa sobre su historia que les ayude a entender y, si surge esta necesidad, apoyar la búsqueda de los orígenes de su hijo.
- Falta de referentes sociales: la familia se enfrenta a conductas, problemas o retos que provienen de la historia del niño y para las que no cuentan con modelos apropiados.
- La comprensión y reparación de los posibles daños que el pasado del niño haya podido dejar en su salud, su desarrollo, su afectividad o su conducta.

En los primeros momentos de la adopción, tanto los padres como el hijo tendrán que modificar su vida anterior (sus modos de relación, sus costumbres y sus dificultades) para construir una nueva familia en la que quepan todos, adoptándose y adaptándose mutuamente. El modo en que la familia afronte estos retos será definitivo para que, más allá de los papeles, se construya una familia en el plano psicológico, afectivo y social.

La adaptación inicial: adquisición de nuevos hábitos

La llegada al nuevo hogar tras la adopción, supone un periodo de cambio drástico, generador de tensión y ansiedad para los niños, incluso para los más pequeños, hasta que empiezan a construir sus nuevas seguridades y a adquirir unos hábitos y rutinas adaptados al nuevo estilo de vida.

- Algunas de las reacciones esperables derivadas algunas del estrés y otras de los patrones de comportamiento aprendidos en su vida anterior son:
- **Problemas de sueño:** como dificultades para conciliar el sueño, pesadillas, terrores nocturnos, insomnio, hipersomnias o sueño intranquilo.
- **Problemas con la alimentación:** problemas para masticar y tragar alimentos sólidos, apetito desmedido, dificultades para identificar la sensación de saciedad, dificultades para aceptar los nuevos alimentos, comportamiento acaparador con la comida.
- **Reacciones regresivas:** enuresis secundaria, encopresis secundaria, episodios repentinos de llanto, miedo o ira aparentemente inmotivados y difícil de consolar
- **Dificultades para la vinculación:** ansiedad de separación, miedo o rigidez en el contacto físico, agresividad o rechazo frente a los intentos de acercamiento afectivo, rechazo diferencial de uno de los progenitores.
- **Problemas sociales:** aislamiento, miedo al contacto social con otros niños o con adultos cercanos, sociabilidad indiscriminada.

La mayoría de estas dificultades desaparecen espontáneamente a medida que el niño encuentra en su familia un entorno disponible, relajado y seguro, pero hay que prestarles atención para que no se hagan crónicas.

Para que el niño vaya reduciendo el nivel de activación y adquiriendo los nuevos hábitos es importante ofrecerle el mayor tiempo posible para acostumbrarse a lo que va a ser su familia y la introducción progresiva de las normas cotidianas de la vida familiar. También hay que procurar que el día a día esté lo más estructurado posible con rutinas consistentes, tener al niño informado acerca de lo que se está haciendo y qué se hará a continuación y que esté siempre al cuidado de un número reducido y estable de personas, a ser posible los padres.

Es esperable que en un periodo de 6 meses a un año en términos generales (aunque el periodo será más largo cuanto mayor sea la edad de adopción del menor) estas problemáticas desaparezcan. Si no es así, la adaptación inicial puede estarse complicando y será adecuado derivar a apoyo postadoptivo especializado.

La vinculación afectiva.

Vínculo y apego son dos pilares fundamentales en el desarrollo humano, esenciales en el funcionamiento estable de todos los niños a lo largo de su proceso de desarrollo.

Vínculo es el enlace básico de confianza entre el niño y su cuidador, principalmente su madre. La adquisición de vínculos satisfactorios trae como resultado un niño que logra adquirir la confianza necesaria en los otros como personas sensibles; en el mundo como un lugar seguro; y en sí mismo como un ser capaz de comunicar sus necesidades.

En un primer momento este lazo afectivo se crea sólo con los padres, a medida que el niño crece otras interacciones, mutuamente satisfactorias, se van añadiendo a ese primer apego.

La calidad del apego inicial del niño es de vital importancia en todo su proceso de desarrollo posterior, su rol es fundamental en el mantenimiento del vínculo de confianza; en el desarrollo de las relaciones con los otros; en la constitución de la propia identidad y autoestima; en el aprendizaje de la regulación de los sentimientos; en el desarrollo del lenguaje; y en el logro del desarrollo del potencial intelectual del niño.

El apego en el proceso evolutivo

Los indicadores de que el desarrollo del vínculo y el apego avanzan de manera saludable varían de un niño a otro.

En los primeros meses de vida (0 a 2 meses) el niño se vivencia a sí mismo como siendo uno con el entorno que le rodea. La primera tarea del desarrollo del niño es adquirir un adecuado balance y ritmo psicológico; este balance se logra por medio de las numerosas repeticiones del primer ciclo de vinculación del niño y prepara el camino al vínculo y al apego.

De los 2 a 6 meses, la experiencia infantil produce el primer cambio: el niño deja de ser uno con el entorno para ser uno con sus padres. Comienzan a aparecer los primeros indicadores del desarrollo del apego con sus cuidadores: la sonrisa; el contacto ocular; la preocupación por el rostro de los padres.

A los 6 meses de vida, un niño apegado es capaz de mostrar el rango completo de emociones; responde a las interacciones que lo proponen sus padres e incluso es capaz de iniciarla él también.

Alrededor de los 6 – 7 meses, el niño generalmente comienza a experimentar ansiedad frente a la presencia de extraños. Paradójicamente, esta ansiedad frente a los extraños es un signo de desarrollo saludable del apego a sus padres. El apego es quien define a todos los demás como extraños, sin apego no hay extraños; todas las demás personas resultan de igual importancia emocional, o de falta de ella.

Desde el punto de vista de la conducta, esta ansiedad manifiesta la angustia que el niño experimenta en presencia de extraños y el regreso a la seguridad que le proporcionan los padres.

A lo largo de los siguientes dos – tres meses, esta ansiedad frente a los extraños se irá transformando en angustia de separación: el temor del niño a ser separado de sus padres, y es un nuevo testimonio del apego infantil. La manifestación de esta angustia puede traducirse en conductas de llanto; protesta; aferrarse a sus padres; apartarse del mundo hasta que sus padres regresen; o protestas con rabia y agresividad; y es otra prueba del adecuado proceso de apego.

Entre los 10 y 18 meses se produce la etapa del descubrimiento del mundo y la principal tarea del niño es explorarlo. El apego se muestra aquí como una comprobación repetida entre la seguridad que recibe de sus padres y la necesaria curiosidad del niño; se alejará y retornará a sus padres antes de aventurarse aún más lejos.

A esta edad, los niños comienzan a invertir de energía emocional al padre y a otros miembros de la familia, es el inicio de la multiplicación de los apegos. A pesar del cambio, el niño regresará a su madre siempre que se encuentre cansado, lastimado o enfermo.

El final del proceso de desarrollo del vínculo y el apego tiene lugar entre los 24 y 36 meses con el logro de la constancia del yo y del objeto.

La constancia del yo permite al niño experimentarse como una misma persona a lo largo de los diferentes estados emocionales y situaciones. La constancia del objeto se constituye en el niño como resultado de la imagen mental que tiene de los otros, lo que le permite vivenciarlos como personas predecibles y accesibles. Ambas permiten al niño apaciguar la angustia por la separación, al mismo tiempo que le ayudan a consolidar su capacidad de retrasar las gratificaciones y aceptar la disciplina.

Causas de las dificultades en el desarrollo del apego

Cuando el ciclo de apego del primer año de vida se interrumpe y las necesidades del niño no encuentran satisfacción de manera cariñosa y educativa; el proceso de socialización no puede resolverse adecuadamente; la falta de confianza comienza a definir las relaciones del niño; y, al no producirse el desarrollo del apego saludablemente, aparecen las dificultades.

Cuando el bebe siente una necesidad, probablemente un sentimiento de temor, la señala por medio del llanto, y la madre (su primer cuidador) acude para calmarlo.

Esta interacción tranquilizadora le permite regular la sensación de estrés que la necesidad le despertaba, y le ayuda a restablecer la calma.

Cuando este ciclo se repite una y otra vez, y las respuestas de estrés y necesidad del bebe son adecuadamente resueltas por el mismo cuidador, el bebe va adquiriendo las herramientas necesarias para calmar, por sus propios medios, los estados internos de estrés en los momentos de temor.

El niño no encuentra la manera de adquirir calma para sus estados internos de estrés y se muestra hipersensible a los estímulos externos, o experimenta sensaciones de extremo temor.

Psicológicamente, el niño percibe el mundo externo como un lugar amenazador, con escaso lugar para la calma y el confort. Se vuelve hipersensible a los estímulos externos, hipervigilante, y con un sentimiento de terror incontrolable.

Sintomatología de los trastornos del apego

Cuando se desarrolla la falta de confianza en los cuidadores y en el mundo externo, el niño no logra adquirir conductas de apego afectivo, y es entonces cuando emergen algunos síntomas (ver **tabla 49**).

Tabla 49.	
Trastornos de apego, sintomatología.	
<ul style="list-style-type: none"> • Evitación del contacto ocular • Dificultad para aceptar los cambios • Incapacidad para aceptar actitudes de afecto • Falta de afecto • Afecto indiscriminado hacia cualquier extraño • Demandas inadecuadas de atención • Dificultad de respuesta en situaciones de ira o dolor • Escaso control de la impulsividad • Conductas destructivas consigo mismo, con los otros y con los objetos • Crueldad hacia los animales 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas alimenticias anormales • Trastornos del sueño • Dificultad para relacionarse con sus pares • Mentiras • Falta de razonamiento causa – efecto • Retrasos en el aprendizaje • Preguntas persistentes carentes de sentido • Patrones de lenguaje anormales • Preocupación por el fuego, la sangre o la muerte • Conductas sexuales inadecuadas

Para los niños que han estado expuestos a situaciones de estrés reiteradas la vida es una constante amenaza. Debido a que no han sido capaces de desarrollar su habilidad para calmar su temor en los primeros momentos de la vida, reaccionan a este estado de forma violenta.

Las situaciones atemorizantes pueden pasar desapercibidas para los padres o cuidadores, pero no para estos niños excesivamente sensibles. Y su reacción se muestra como una larga y duradera explosión de cólera, o como un periodo de completa desconexión o disociación.

Apego y adopción.

Si el desarrollo normal del apego se lleva a cabo alrededor de los 36 meses, los niños que son adoptados después de los 6 meses corren el riesgo de sufrir trastornos en el apego.

Dificultades en la relación madre-niño; la experiencia del orfanato; las fracturas en la constancia de la relación cuidador-niño; pueden producir interferencias en este desarrollo. El abanico de trastornos en el desarrollo del apego varía en función del grado de disturbio emocional que ha padecido el niño.

Los niños adoptados han experimentado, al menos, dos cambios importantes en sus primeras etapas de vida que pueden dejar un profundo impacto en su desarrollo y seguridad posteriores: han pasado de su familia biológica al orfanato o familia de acogimiento; y luego de allí a su hogar adoptivo.

La adopción, la nueva familia adoptiva, se convierte para estos niños en una sensación extraña, nueva y, en principio, atemorizante.

Los niños que han vivido experiencias traumáticas se ven afectados en todos sus sistemas de funcionamiento; el trauma temprano afecta tanto a nivel emocional, de conducta o físico.

Han vivido muchas situaciones traumáticas y tienen dificultad en su capacidad para apegarse exitosamente. La sintomatología que presentan en su nueva familia está directamente relacionada con las experiencias anteriores.

Ellos han experimentado que el mundo es un lugar peligroso, amenazador, hostil, y en el que el riesgo de verse expuestos a un potencial daño siempre se encuentra presente.

Es importante distinguir entre los niños que "parecen apegados" de aquellos que están desarrollando un apego seguro y saludable (tabla 47).

Muchos niños adoptados desarrollan una inmediata dependencia de vínculo con sus padres adoptivos, los llaman "mamá" o "papá", o dicen "que los quieren mucho", y esto no quiere significar que se encuentran en proceso de apego.

El apego es un proceso y como tal lleva tiempo, la clave está en la confiabilidad, y creer sólo se hace seguro luego de muchas pruebas. (Ver tabla 48:

Los padres dan cariño y aprenden que el niño los quiere. El niño aprende a creer que sus necesidades básicas pueden ser satisfechas; aprende a "pertenecer" a su familia y que la familia "le pertenece". Es a través de estos elementos que el niño puede aprender a querer y a aceptar ser querido.

Tabla 50.		
Conductas problemáticas de apego.		
	Bebé	Madre
Signos problemáticos: Apego evitativos	Mirada perdida Carencia de llanto Desviación extrema de la mirada Postura rígida y congelada Carencia de reacciones afectivas positivas Falta de interés en todo Reacciones de rechazo y descontrol en el contacto con la madre	Mirada asustada, confundida en el estrés del bebé Coger al niño de modo dubitativo, rígido o con los brazos muy estirados No hacer intentos por calmar a un bebé que llora Expresión depresiva, congelada y fría Comentarios negativos hacia el bebé
Signos problemáticos: Apego ambivalente	Llanto incontrolable y desconsolado (imposible de calmar) Mirada hiper-alerta hacia la madre Extrema sensibilidad hacia todos los estímulos Reacciones descontroladas frente al alejamiento de la madre Reacciones extremas de rabia y/o frustración	Calmar al bebé con estimulación excesiva Ignorar la necesidad de espacio del bebé Conductas intrusitas extremas Reírse o burlarse al bebé en situaciones de estrés Hacer juegos bruscos, sin respetar las reacciones negativas del bebé Comentarios negativos hacia el bebé

Otros signos problemáticos:	Movimientos estereotipados Sonidos extraños Expresión facial de desorientación Golpearse contra una superficie dura Mecerse de modo violento (rocking) Tirarse del pelo o pegarse Meterse los dedos en la boca (intentando provocar el vómito)	Hablar en tono sexualizador Hacer comentarios sexualizadores Tocar los genitales sin razón aparente Tendencia a besar al bebé en la boca Cambios bruscos de tonos de voz, tartamudeos, voces extrañas (especialmente en situaciones de estrés para el bebé). Miedo inusual a la evaluación externa (pediatra, tutores...)
-----------------------------	--	--

El desarrollo del lenguaje.

Muchos niños procedentes de la adopción probablemente hayan escuchado y hablado poco en su lengua materna y tengan un lenguaje limitado. El desconocimiento de la propia lengua puede estar ligado a la falta de vínculos de comunicación y de intercambios afectivos.

Algunos niños pueden presentar trastornos en la adquisición del lenguaje, porque el desarrollo del lenguaje está condicionado por la interacción entre el niño y los demás. Un niño con escasa interacción con figuras adultas estables va a presentar dificultad en el desarrollo del lenguaje.

Una vez que los niños se han adaptado a su nueva realidad y se ha consolidado el proceso de apego a su familia adoptiva se observan grandes progresos en la evolución de la nueva lengua, un buen indicador de los cambios que producen las interacciones relacionales que están teniendo con adultos estables.

El lenguaje coloquial que permite la interacción con los otros suele adquirirse con bastante agilidad. No sucede lo mismo con la comprensión de conceptos de mayor complejidad. En algunas ocasiones, y aunque los niños hayan adquirido un elevado nivel de comprensión y expresión en la nueva lengua, pasado un tiempo pueden presentarse dificultades para:

- Comprender términos abstractos.
- Comprender historias de lecturas más complejas.
- Seguir instrucciones multi-secuenciales.
- Comprender preguntas conceptuales o hipotéticas.

Por ello, es necesario estar pendientes de sus progresos y dificultades para facilitarles la atención adecuada lo antes posible.

Los problemas de comportamiento

Las conductas que con mayor frecuencia plantean dificultad en la vida familiar son las relacionadas con las dificultades de atención y el exceso de actividad, por un lado, y las dificultades para el autocontrol y para aceptar el control externo por otro (agresividad, dificultad para aceptar los límites y las normas...).

Si bien estas conductas son esperables en niños que han vivido una institucionalización temprana y/o historias de maltrato, abuso o negligencia que les han impedido establecer una relación sana con un adulto, son conductas difíciles de manejar y que ponen a prueba la resistencia física y psicológica de los padres.

Dificultades de atención y/o autocontrol.

Que el niño se muestre nervioso, tenso o irritable en los primeros momentos de la adopción puede ser esperable por el cambio y que tiene toda su atención puesta en entender el nuevo contexto. No se pueden hacer diagnósticos ni derivaciones excesivamente tempranas con respecto a esta cuestión.

Por otra parte, también tenemos que entender que la atención y el autocontrol no son sólo características de la persona sino habilidades que hay que aprender y entrenar. Es muy posible que el niño todavía no haya podido aprender a prestar atención ni a controlar su conducta porque no han tenido nadie a su lado que le dedique el tiempo y la atención necesarios para ello y cuanto más tarde se empieza el aprendizaje es más lento.

Dificultades para aceptar normas y límites.

Las conductas que consideramos inadecuadas, agresivas o que se salen de la norma pueden haber sido habilidades que los niños han aprendido y entrenado en los lugares de origen y que les han sido útiles para sobrevivir: las grandes rabietas, los gritos, las agresiones, las mentiras, han podido ser el modo más eficaz de captar atención, de conservar las cosas que deseaban tener o los únicos modelos de conducta que se les han ofrecido. Es lo que llamamos conductas adaptadas a ambientes inadaptados.

En algunos niños estas conductas nunca se dan y en otros están presentes desde el primer momento, pero un grupo importante de niños empieza a manifestar estas conductas un tiempo después del inicio de la convivencia. Para las familias en las que esto ocurre se suele vivir como una marcha atrás y, sin embargo, la experiencia nos dice que hay que entenderlo como un paso hacia delante en el proceso de adaptación, ya que indica que el niño comienza a sentirse seguro y a utilizar su repertorio habitual de conducta.

Hay que ayudar al niño para que vaya aprendiendo nuevas conductas y entendiendo cuáles han dejado de ser necesarias ofreciéndole un entorno amoroso pero también un entorno seguro, es decir, claro, firme y progresivamente regulado.

Una cuestión que puede dificultar la tarea de educar es atribuir la conducta del menor a causas que están fuera del alcance de la familia. Cuando se atribuyen las causas a la genética se suele producir cierta inhibición educativa. Por otro lado, las atribuciones intencionales ("el niño grita para demostrarme que no me quiere, o para ponerme nervioso...") predisponen a la familia a reaccionar negativamente hacia la conducta del menor y limitan el deseo de vinculación.

Cuando los recursos que la familia pone en marcha no funcionan o no son suficientes, la familia se siente desbordada, estas conductas ponen en juego la relación afectiva de los padres con el niño o la estabilidad de la relación de pareja, habrá que recurrir a la atención profesional adecuada. Son preferibles en estos casos las intervenciones que se dirijan no sólo al niño sino a entrenar a los padres difíciles la tarea de enseñar, controlar, encauzar y educar la conducta del niño, reforzando así su propia capacidad de hacerse cargo de su hijo.

La integración social y escolar

La integración social.

Niños que dejan tras de sí todo lo que hasta ahora les era familiar: su idioma, sus costumbres, sus olores, sus afectos para enfrentarse a una realidad desconcertante, desconocida: nueva cultura, nuevo idioma, nuevos afectos, nuevos padres.

Un reto a su capacidad de vincularse afectivamente después de muchas inseguridades emocionales y experiencias traumáticas.

Aunque la familia biológica lo acepte muy bien, aunque la situación haya representado un cambio positivo, los sentimientos de abandono no se transforman fácilmente.

La experiencia de haber sido asimilado a diferentes sistemas (familia biológica, familia de acogida, residencia de menores, etc.) hace que el niño espere una nueva expulsión, esta vez de la familia adoptiva, a pesar de la necesidad de afecto que posee.

Conoce un modelo de familia que abandona, y en el nuevo hogar suele repetir conductas que responden a su fantasía sobre los motivos de estos abandonos. Por eso pone a prueba a su nueva familia con conductas desafiantes y espera comprobar el resultado.

Que el niño pueda comprender que esta nueva situación familiar es diferente y que no acabará necesariamente en un nuevo abandono requiere de un proceso lento y complejo.

De este proceso de integración familiar participa también la familia extensa - abuelos, tíos, primos – con los que el niño se irá vinculando también, y que le insumirán energía emocional.

La nueva realidad social en la que se encuentre inmerso requerirá nuevos modelos de vinculación para encontrar nuevos amigos, vincularse con los vecinos, el pediatra, etc.

Al principio algunos niños pueden aparentar ser muy “sociables”, se van con todos, parecen muy autónomos. Sin embargo, esta sociabilidad exagerada puede ser considerada como un indicador de apego inseguro, que se relaciona con su experiencia de abandono. Por esta razón, algunos niños pueden presentar dificultades para:

- Asimilar y cumplir las normas
- Mantener una relación adecuada con la realidad
- Cumplir con sus obligaciones si no se les repiten constantemente las cosas
- Sostener sus buenas intenciones de forma duradera
- Controlar sus deseos y explotan con facilidad
- Tolerar la frustración

La integración escolar.

Los niños que se incorporan a sus familias por medio de la adopción internacional hacen su ingreso a la vida escolar de forma abrupta, cuando no dominan el nuevo idioma, con una estimulación que casi siempre ha resultado escasa, mientras se acomodan a la nueva cultura, al mismo tiempo que se encuentran en las etapas iniciales del proceso de vinculación afectiva a su nueva familia.

Por las experiencias previas de carencias afectivas, escasa estimulación, retrasos en el desarrollo psicomotor, maltrato, abandono, negligencia en los cuidados básicos, y falta de experiencia en la adquisición de aprendizajes sistematizados se hace necesaria una valoración de sus especiales necesidades educativas para poder integrarle en el nivel educativo adecuado a su madurez.

Dificultades más frecuentes.

- Dificultades en la comprensión y el uso del idioma
- Dificultades para comprender conocimientos abstractos
- Dificultades para concentrarse en las tareas
- Una gran inquietud que no les permite permanecer en una misma tarea durante períodos de tiempo prolongado, saltando de un estímulo a otro
- Un bajo rendimiento académico
- Dificultades de conducta en el aula

Estas dificultades tienen explicación en el choque entre la escasa estimulación y la hiperestimulación que viven desde la llegada a su nueva realidad; la dificultad para adquirir nuevo hábitos de aprendizaje; la utilización de patrones de conducta que resultaban apropiadas en situaciones

anteriores, pero que carecen de utilidad en la nueva; la energía emocional que insume el proceso de apego y vinculación en sí mismo, y que no permite disponerla para otras situaciones de aprendizaje; y, por último, la ocultación de información sobre la adopción que interfiere en su curiosidad de aprender, debido a la inhibición que produce en la capacidad de incorporar cualquier otro conocimiento nuevo.

A menudo, por la sintomatología que presentan, pueden ser erróneamente diagnosticados como niños que padecen síndrome de déficit de atención, hiperactividad, autismo, retraso mental, y psicopatías.

La comunicación sobre los orígenes

El establecimiento de una comunicación sincera y fluida entre la familia y el niño sobre las cuestiones adoptivas y sus orígenes y es una de las bases del bienestar del niño, de su vinculación con sus padres, de su seguridad afectiva y de la construcción de su identidad y es un derecho del niño que se sustenta sobre motivos éticos, jurídicos y psicológicos⁵. Los padres deben ser el referente fundamental de sus hijos en estas cuestiones, y, por tanto, deben ser ellos los que inicien la comunicación con respecto a los orígenes

En cuanto a la edad de inicio de la comunicación se recomienda establecer un programa gradual de transmisión de la información.

2-5 años Se comenzaría hablando con naturalidad de aspectos relacionados con el pasado de la familia y la adopción del menor en presencia del niño y con él desde el mismo momento de su adopción independientemente de la edad. De este modo, el tema, el lenguaje y las historias le resultaran familiares al menor

Durante estos años, el niño vive el tema de la adopción como una realidad poco relevante, como una anécdota sin especial conexión con lo que siente de sí mismo y con cómo vive su vida

cotidiana, de manera que la información sobre la adopción se entiende como algo positivo siempre que sea hablado en casa en un tono relajado y tranquilo.

5-7 años Se explicita la comunicación con respecto a los orígenes con la intención de que el niño comprenda lo que se le está contando.

En estos años suele aparecer en el niño la vivencia de abandono, que surge cuando el niño cae en la cuenta de que el hecho de haber sido adoptado está íntimamente relacionado con la separación de aquellos que le vieron nacer y que por alguna razón no cuidaron de él. Este descubrimiento puede ir acompañado de sentimientos de culpa, de vergüenza, de miedo al abandono y de algunas manifestaciones conductuales de tipo depresivo o agresivo por lo que los padres deben estar ahí para sostener al niño en estas emociones y aclararle aquello que necesita saber.

Aunque la adopción rompe con los vínculos legales que el niño tiene con su familia de origen esto no quiere decir que la familia no exista. La mayoría de los niños no son huérfanos de padre y madre sino que tienen una familia a la que se ha retirado la patria potestad o que no ha podido hacerse cargo de sus hijos. Muchos de ellos han vivido cierta etapa de su vida con esta familia y algunos la conocen y la recuerdan, e incluso han tenido contacto con ella mientras permanecían en la institución lo cual a veces facilita y a veces hace más complejo esta tarea de comunicación.

12-16 años Las nuevas habilidades cognitivas y emocionales permiten al adolescente imaginar cómo hubiera sido su vida en el caso de no haber sido adoptados lo que pueden motivar los planes de búsqueda de los orígenes en los que debe ser adecuadamente asesorado y acompañado. El adolescente adoptado tiene que hacer frente a todas las tareas de esta etapa, entre las que se incluye la resolución de la crisis de identidad, con la especial complejidad que se deriva de la cuestión adoptiva. Esperar a la adolescencia para comunicar a los chicos el hecho de su adopción es un error grave porque se sentirán engañados e inseguros en un momento en la que tienen que haber forjado un sentimiento de pertenencia y estabilidad en su vínculo adoptivo para afrontar los retos específicos de este periodo evolutivo.

Identidad y adolescencia.

Para los hijos adoptivos la adolescencia es una etapa de conflictos. Conflictos propios de la edad y conflictos por su condición de adoptados.

La adolescencia es la etapa en la que se debe elaborar el duelo por la pérdida del cuerpo de la infancia, que en esta etapa cambia y se vuelve diferente. En el caso de los menores adoptivos, este cambio suele generar angustias y ansiedades debido al desconocimiento de los datos sobre su familia biológica que les impide imaginar si serán gordos o delgados, altos o bajos, etc. Deberán elaborar el duelo por la pérdida de los padres de la infancia, omnipotentes y todopoderosos, para intentar establecer vínculos adultos con ellos, como todos los adolescentes. Y, al mismo tiempo deberán elaborar el duelo por la pérdida de su origen; y el duelo por sus padres biológicos, a quienes probablemente no conocieron, pero que en muchas ocasiones habrá imaginado o fantaseado.

En esta etapa se logra alcanzar la comprensión del significado de la adopción, una vez que se logra reformular de manera más adulta la propia historia. Muchas veces se presentan dificultades para aceptar y convivir con el motivo real del abandono.

La etapa adolescente se caracteriza por la necesidad de vestir, hablar, adornarse igual a que el grupo de pertenencia, la necesidad de compartir con los iguales y así diferenciarse del mundo adulto de sus padres.

Pero muchas veces se hace difícil aceptar las diferencias, en el desarrollo corporal, en los rasgos étnicos, y es frecuente su necesidad de identificación con colectivos inmigrantes.

¿Cuándo solicitar ayuda especializada?

Aunque no se encuentren grandes dificultades en la construcción de la familia, es importante que estas familias tengan información sobre las sesiones de formación o los talleres que ofrecen los centros de apoyo post-adoptivo o las asociaciones de padres adoptantes. Conocer otras personas que están en la misma situación, anticipar algunos retos que puedan presentarse en la vida familiar, reflexionar acerca de algunas tareas que tendrán que afrontar puede ser muy enriquecedor y suponer un gran apoyo.

También se puede derivar a estos servicios para que la familia solicite orientación y asesoramiento a título personal en cuestiones en las que necesiten orientación especializada como los problemas de relación, los aspectos educativos frente a las conductas difíciles, la relación entre los hermanos o las dificultades en el colegio.

En ocasiones, derivar a la familia a ayuda profesional especializada será absolutamente necesario para el niño o para la familia, no ya con un carácter formativo o de asesoramiento, sino con la urgencia de intervenir terapéuticamente en alguna cuestión que pone en peligro el bienestar del niño y de la familia. Algunas de estas cuestiones son:

- Dificultades de integración social.
- Comportamientos sexuales precoces.
- El niño presenta comportamientos que a la familia le resultan intolerables o imposibles de afrontar.
- El niño presenta conductas que ponen en peligro su salud (autoagresiones, consumo de sustancias, deseo de hacerse daño a sí mismo, fugas) o la salud de los demás (el niño nos agrede o nos asusta, agrede gravemente a otros)
- El niño se muestra triste, deprimido, aislado y detectamos que está sufriendo pasado un tiempo razonable de convivencia
- El niño tiene dificultades escolares que en el colegio no saben abordar
- La familia manifiesta que la vida de sus otros hijos está siendo afectada negativamente por el nuevo hermano y esto le genera ansiedad
- La familia manifiesta sentir vergüenza de cómo es o cómo se comporta su hijo
- La familia no percibe ni relata ningún momento de bienestar o tranquilidad en compañía del niño

- La familia pone en marcha respuestas sobrerreactivas frente al niño como insultar, gritar o pegar
- La familia presenta serias dificultades para aceptar el crecimiento de su hijo o para separarse de él
- La familia se manifiesta desbordada, sin fuerzas o sin ilusión para afrontar la crianza del niño
- La familia se muestra incapaz de hablar con el niño sobre la adopción o alguno de sus aspectos
- La familia siente al niño como un extraño o el niño no los reconoce como padres pasado un tiempo de convivencia (+ 6 meses).
- La relación con el niño está generando serios desacuerdos en la pareja.
- La relación con el niño genera sentimientos de tristeza o de angustia persistentes en algún miembro de la familia que bloquean la relación.
- Cualquier otra circunstancia que genere sufrimiento a la familia y que no sepamos como abordar.

Tabla 51 : Escala de indicadores de la calidad del apego (Massie y Campbell, 1979)

CONDUCTA DEL NIÑO FRENTE AL EVENTO ESTRESANTE						
Conducta a observar	1	2	3	4	5	X
Mirada	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada en la madre por largos periodos de tiempo	Comp. no observ.
Vocalización	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo	Id
Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre	Ocasionalmente toca a la madre	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	Si están cerca siempre toca a la madre	Id
	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre	Rara vez evita ser tocado por la madre	Nunca evita que la madre lo toque	Id
Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella. Nunca la evita.	Id
Afecto	Siempre está intensamente angustiado y temeroso	Frecuentemente irritable, temeroso y apático	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id

Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la habitación	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada	Id
-----------------------	---	--	---	---	--	----

Mirada: Intercambio de miradas: su intensidad y frecuencia
Vocalización: sonidos, cantos, balbuceos o palabras que se emiten para interactuar, jugar o comunicar estados
Tocando (a): búsqueda de contacto piel a piel, tocando para interactuar, jugar o calmar
Tocando (b): Evitación del contacto piel a piel
Sosteniendo: sostén físico que se produce entre la madre y el bebé cuando ella lo coge en brazos.
Afecto: envoltura o “estado afectivo” en el que se encuentran la madre y el bebé
Proximidad o cercanía: proceso de búsqueda de contacto o evitación en momentos de separación y alejamiento

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.

Tabla 52.

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
 - Desarrollo psicomotor ^c
 - Adecuada administración de inmunizaciones ^d
- ▶ Adaptación de la alimentación .
- ▶ Evolución del desarrollo:
 - Puberal ^e
 - Visión / Audición
 - Dentición.
 - Afectivo-emocional y comportamiento.
 - Lenguaje.
 - Social / Escolar.
- ▶ Posible aparición problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos.

^aObservando si se produce la recuperación esperada de los retrasos existentes.

^b Utilizar gráficas de crecimiento y estándares nutricionales españoles.; <http://www.aepap.org/crecorbegozo.htm> y www.aeped.es/protocolos/nutricion/9.pdf . Tablas de la OMS accesibles desde: <http://www.who.int/childgrowth/en/>

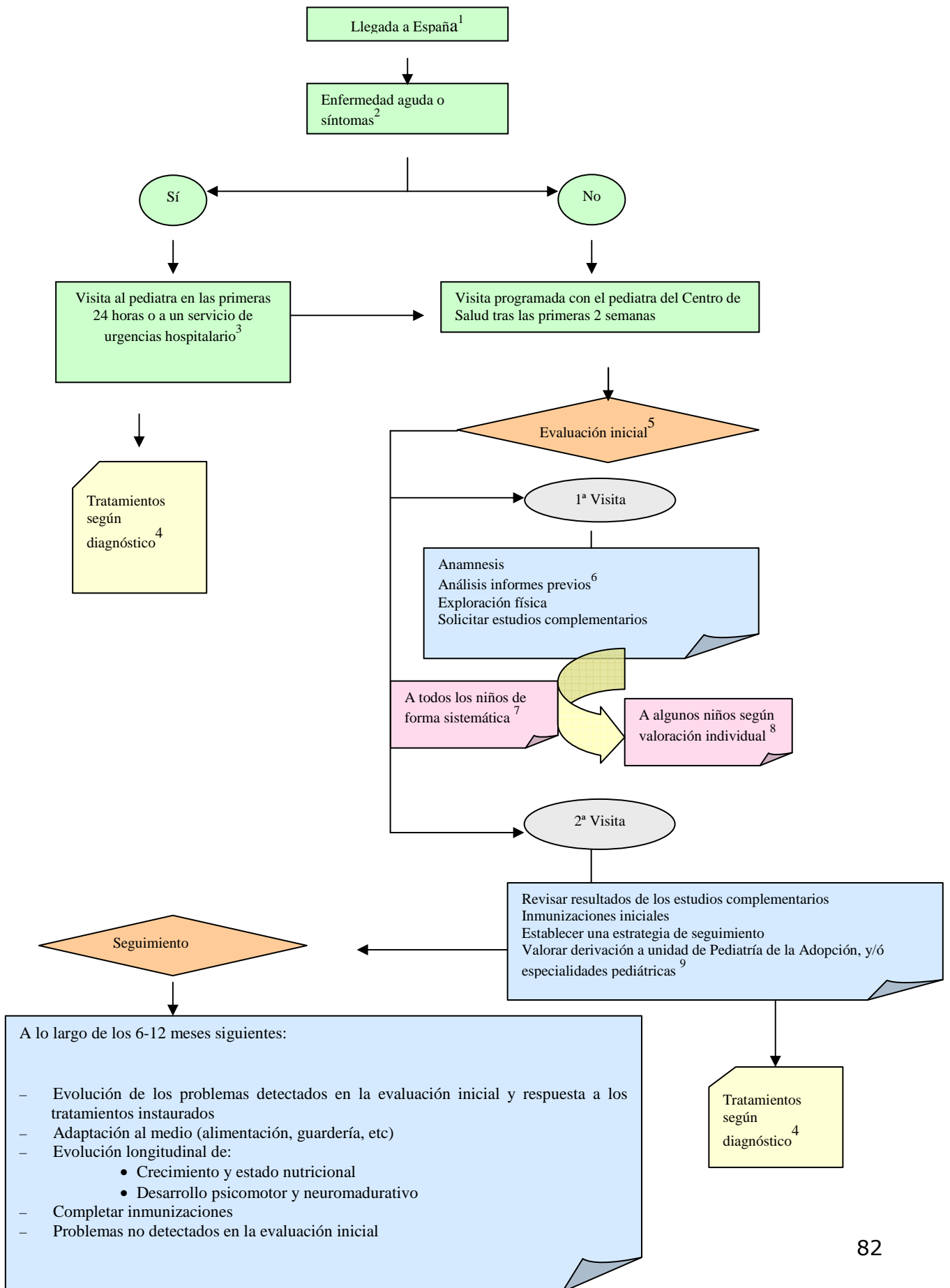
^cTest de Denver o Haizea-Llevant.

^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.

^eEspecialmente en niñas adoptadas por encima de los 4 años de edad procedentes de India, sudeste de Asia y Latino América. <http://www.sepeap.es/libros/endocrino/Tanner.htm>

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 básica a todos los niños, ver **tabla 52**.
8. Contenido de la evaluación específica para algunos niños, ver **tabla 53**.
9. Criterios de derivación a servicio pediátrico especializado, centros de atención temprana o centros de apoyo y evaluación psicológica post-adoptiva:
 - 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.
 - Alteraciones de la conducta no superadas.

El pronóstico evolutivo.

La adopción ha demostrado ser un excelente recurso de protección del bienestar y desarrollo físico 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 irrecuperables —en muchas ocasiones no detectados, 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 conflictiva 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 su crianza. Este aspecto es muy preocupante y debe ser motivo de seguimiento y estudio 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, será una experiencia que marcará de forma negativa todo su desarrollo.

Bibliografía

Aspectos generales

- Aronson J. Medical evaluation and infectious considerations on arrival. *Pediatr Ann.* 2000;29:218-223.
- 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;25:242-250.
- 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 Junio de 2008]. Disponible en <http://www.avpap.org/gtinmigracion.htm>
- Diamond GW, Senecky Y, Schurr D, et al. Pre-placement screening in international adoption. *Isr Med Assoc J.* 2003;5:763-766.
- Faber S. Behavioral sequelae of orphanage life. *Pediatr Ann.* 2000;29:242-248.

- Fumadó V. Atenció a l'infant adoptat en altres països. *Pediatría Catalana* 2002; 62:81-86
- 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;17:517-518.
- Jenista JA and Chapman DD. Medical problems of foreign-born adopted children. *American Journal of diseases in children* 1987, 141, 298-302
- Jenista J.A. Infectious Disease and the Internationally Adopted Child. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 6, 1993. 576-583
- 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;14:109-116.
- Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 40-44.
- 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 <http://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, Garcia 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 08/06/2008]. Disponible en www.who.int/whr/2005/en/.
- WHO. *Countries* [En línea][Fecha de consulta 02/06/2008]. Disponible en www.who.int/countries/en/
- WHO. *Communicable Disease Surveillance & Response (CSR)* [En línea][Fecha de consulta 07/06/2008]. Disponible en www.who.int/csr/en/

Rusia y países del este de Europa

Contexto

- Hunt K. Abandoned to the State: cruelty and neglect in Russian orphanages. New York: Human Rights Watch; 1998.
- Massey SM. Russia's maternal & child health crisis: socio-economic implications and the path forward. Policy Brief. 2002; 1: 1-7.
- Netesov SV, Conrad JL. Emerging infectious diseases in Russia, 1990-1999. Emerg Infect Dis. 2001; 7: 1-5.
- Oliván Gonzalvo G. Europa del Este: riesgos prenatales de los niños adoptados. Niños de Hoy. 2006; 20: 22-4.
- Oliván Gonzalvo G. Federación Rusa y Europa del este. En: De Aranzabal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G. Consenso en Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA (Ed.); 2005. p. 22-26.
- Tirella LG, Chan W, Cermak SA, Litvinova A, Salas KC, Miller LC. Time use in Russian Baby Homes. Child Care Health Dev. 2008; 34: 77-86.
- World Bank. Russian Federation. Child welfare outcomes during the 1990s: The case of Russia, 24450-RU. Washington: World Bank; 2002.

Problemas de salud, países del este.

- Fries AB, Pollak SD. Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. Dev Psychopathol. 2004; 16: 355-369.
- 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: 1362-1367.
- Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe [abstract 851]. Pediatr 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.
- Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunization status of internationally adopted children. Pediatrics. 2001; 108: 1050-1051.
- Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Tirella L, Cermak S. Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. Acta Paediatr. 2007; 96: 1765-1769.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción en la Federación Rusa y Europa del Este: problemas de salud y recomendaciones médicas. Rev Ped Aten Primaria. 2006; 8 (30): 265-81.
- Oliván Gonzalvo G. Cribado de los valores de plomo en sangre en niños adoptados en Rusia. Med Clin (Barc). 2008; 130: 476-477.
- Oliván Gonzalvo G. Marcadores serológicos de hepatitis B en niños adoptados de Rusia y Ucrania. An Pediatr (Barc). 2008; 68: 136-139.

Información médica pre-adoptiva.

- 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: 922-924.
- 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: 585-590.
- Jenista J. Russian children and medical records. *Adoption Med News*. 1977; 3: 1-7.
- Landgren M, Andersson Grönlund M, Elfstrand PO, Simonsson JE, Svensson L, Strömland K. Health before and after adoption from Eastern Europe. *Acta Paediatr*. 2006; 95: 720-725.
- Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Comfort K, Tirella L, Cermak S, Morse B, Kovalev I; Boston-Murmansk Orphanage Research Team. Fetal alcohol spectrum disorders in children residing in Russian orphanages: a phenotypic survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30: 531-538.
- Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. *Rev Neurol*. 2003; 37: 1009-1013.
- 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.

Seguimiento post adopción

- 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*. T Tepper, L Hannon, D Sandstrom (eds). Meadow Lands, PA: Parent Network for the Post-Institutionalized Child; 1999. p. 108-128.
- Johnson D. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in eastern European adoptees. In: Nelson CA, editor. *The effects of early adversity on neurobehavioral development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 113-162.
- Johnson DE. Short- and long-term effects of deprivation in early life: Lessons from post-institutionalized Eastern European orphans. *NAPSAW Forum*. 2001; 21: 1-8.
- Judge S. Developmental recovery and deficit in children adopted from Eastern European orphanages. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2003; 34: 49-62.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61: 344-345.
- Tirella LG, Miller LC. Educational achievements of 8- to 12-year-old children adopted from Eastern Europe. Washington, DC: Joint Council for International Children's Services. April 10, 2002.

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 20/06/2008]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.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 20/06/2008]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org> y <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/6/e710?maxtoshow=&HITS=25&hits=25&RESULTFORMAT=&fulltext=Korean&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=50&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT> [fecha de consulta 20/06/2008]
- Organización Panamericana de Salud. Situación de la salud en las Americas, 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 Rodriguez B, Cortes Rico O, Montón Alvarez JL. Patología del niño inmigrante Latinoamericano. AEPap [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 20/05/6/2008]. Disponible en www.aepap.org/inmigrante/realidadlat.htm
- Salvatella Agrelo R, Pinto Dias JC, Calegari L, Bulla Fernández D, Rosa R, Basmadjian 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 20/06/2008]. Disponible en http://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 20/06/2008]. Disponible en www.pap.es

Subcontinente Indio

- WHO. The world health report 2005 – make every mother and child count [en línea][consultado el 26/01/2008]. Disponible en www.who.int/whr/2005/es/index.html, www.who.int/whr/2005/11_annexes_es.pdf. Datos de India y Nepal en www.who.int/whr/2005/annex/indicators_country_g-o.pdf
- WHO. [en línea][consultado el 26/01/2008]. Disponible en www.who.int/countries/es/
- WHO / SEAR. Regional Health Situation. Country Health System Profile. [en línea][consultado el 26/01/2008]. Disponible en www.searo.who.int/EN/Section313.htm
- WHO. Core Health Indicators www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm?language=es
- United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008. [en línea][consultado el 26/01/2008]. Disponible en <http://hdr.undp.org/en/>
- 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;108:608-612 [En línea][Fecha de consulta 2 de septiembre de 2005]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/108/3/608>
- Miller LC. International adoption: Infectious diseases issues. *Clin Infect Dis.* 2005;40:286-93.
- WHO. Countries, India [En línea][Fecha de consulta 2 de septiembre de 2005]. Disponible en www.who.int/countries/ind/en/
- WHO. Countries, Nepal [En línea][Fecha de consulta 2 de septiembre de 2005]. Disponible en www.who.int/countries/npl/en/ y www.who.int/hac/crises/npl/background/Nepal_May05.pdf
- WHO. Communicable Disease Surveillance & Response (CSR) [En línea][Fecha de consulta 7 de junio de 2005]. Disponible en www.who.int/csr/don/archive/country/ind/en/
- 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/npl/en/

- WHO. Causas de mortalidad. Nepal, 2006. [en línea][consultado el 26/01/2008]. Disponible en www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_searo_npl_nepal.pdf
- WHO. Causas de mortalidad. India, 2006. [en línea][consultado el 26/01/2008]. Disponible en www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_searo_ind_india.pdf
- 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.
- Hostetter MK, Iverson S, Dole K, Johnson D. Children. Unsuspected Infectious Diseases and Other Medical Diagnoses in the Evaluation of Internationally Adopted. *Pediatrics.* 1989;83(4):559-64.
- Hostetter MK, Iverson S, Thomas WE, McKencie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Eng J Med.* 1991;325:479-85.
- Proos LA, Hofvander Y, Tuveno 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 healthy 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 internacional travel. OrphanDoctor [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 20/06/2008]. Disponible en www.orphandoctor.com/services/travel/index.html
- Fumadó V, Pou J, Jimenez R. Imported malaria in children (1993-1998) *An Esp Pediatr.* 2000 Apr; 52(4):303-4
- 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.
- 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. pp: 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. pp. 923-936.

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.
- National Health and Nutrition Examination Survey-2000 (CDC Growth Charts, United States [<http://www.cdc.gov/growthcharts/>]. (consulted 20/06/2008)
- 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 y actualización del estado de inmunización

- American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org/>
ACIP. General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Persons vaccinated outside the united states, including internationally adopted children. *MMWR.* 2006;55 (RR-15):33-5. [en línea][consultado el 11/06/2008]. Disponible en www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5515a1.htm
- Barnett ED. Inmunizaciones y cribado de enfermedades infecciosas para niños adoptados internacionalmente. *Pediatr Clin N Am (Ed. esp.).* 2005;52:1287-309.
- García Caamaño M. Marcadores hepatitis. *Fisterra Guías Clínicas* 2007;7(9) [en línea][actualizado el 14/03/2007; consultado el 11/06/2008]. Disponible en www.fisterra.com/guias2/mhepatitis.asp
- Bernalola Iturbe E, Giménez Sánchez F, Baca Cots M, de Juan Martín F, Díez Domingo J, Garcés Sánchez M, y cols. Calendario vacunal de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2008. *An Pediatr (Barc).* 2008;68:63-9.
- Recommendations and Guidelines: 2008 Child & Adolescent Immunization Schedules for persons aged 0-6 years, 7-18 years, and "catch-up schedule". [en línea][actualizado el 10/06/2008; consultado el 11/06/2008]. Disponible en www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/child-schedule.htm
- 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. pp. 808-809.
- 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. pp. 810-817.
- EUVAC.net. A surveillance community network for vaccine preventable infectious diseases. National Childhood Vaccination Schedules. [en línea][consultado el 11/06/2008]. Disponible en www.euvac.net/graphics/euvac/vaccination/vaccination.html

- Fumadó Pérez V. Vacunación en niños adoptados internacionalmente. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, ed. Vacunas 2003. Barcelona: Prous Science; 2003: p. 197-211.
- 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. 752-769.
- González de Aledo A. Vacunas extranjeras. Acta Ped Esp 2001;59:56-61
- Lirio Casero J. García Pérez J, Jiménez Jiménez AB y cols. Situación vacunal de niños procedentes de adopción internacional a su llegada a España. Rev Esp Pediatr. 2007;63(24):308-11.
- Merino Moína M. Calendarios de vacunación españoles 2008. [en línea][actualizado el 02/04/2008; consultado el 11/06/2008]. Disponible en www.aepap.org/pdf/calendarios_esp_2008.pdf
- MMWR. Recommendations of the Advisory Comité on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP) [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 20/06/2008]. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5102a1.htm>
- 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. pp. 923-936.
- WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2007 globay summary. Geneva: WHO, 2007. [en línea][consultado el 11/06/2008]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_IVB_2007_eng.pdf
- WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. [en línea][consultado el 12/06/2008]. Disponible en www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm
- WHO. Global Immunization Vision and Strategy (GIVS). [en línea][consultado el 11/06/2008]. Disponible en www.who.int/immunization/givs/en/index.html y http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en

Evaluación y seguimiento psicosocial.

- Berástegui A. y Gómez-Bengoechea, B. (coord.) (2008). Los retos de la postadopción: balance y perspectivas. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Berástegui, A. y Gómez Bengoechea, B. (2007). Esta es tu historia: comunicación y búsqueda de los orígenes en adopción. Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Berástegui, A., Gómez, B. y Adroher, S. (2007). Adopción internacional en la Comunidad de Madrid: una guía para orientar y ayudar a las personas que estén pensando adoptar un niño en el extranjero. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales
- Berástegui, A. (2006). La Adaptación escolar de los adoptados internacionales: una cuestión emergente. En: M.I. Álvarez y A. Berástegui (coord.). Educación y Familia: la educación Familiar en un Mundo en Cambio (pp. 212-233). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Berástegui, A. (2005) La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid
- Berástegui, A. (2003) Adopción intercultural: diferencias étnico-culturales en el seno de la familia. En: Borobio, D. (Ed.): Familia e Interculturalidad. Salamanca: UPSA, 2003. pp: 229-252.
- Parrondo, L. y otros (2008) El reto de ser padres. Guía práctica de postadopción. Madrid: Editorial Salvat.
- Parrondo, L. (2008) La consulta postadoptiva en Monografías de Psiquiatría Adopción y psico(pato)logía. Madrid: Aula Médica Ediciones. pp. 37 – 42.
- Parrondo, L. y otros (2007) Adoptar, Integrar y educar Guía para educadores y familias . Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales Comunidad de Madrid.
- García Pérez, J.; Lirio Casero, J.; Parrondo Creste, L. (2007) La Convención sobre los Derechos del Niño y su aplicación en la práctica pediátrica. Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación Número Monográfico "Pediatría Social" Volumen 63 pp. 291 – 294.

- García Pérez, J. ; Parrondo Creste L.(2007) Cuando los hijos llegan de lejos. Madrid: Revista Mi Pediatra Año II Nº 16.
- García Pérez, J. ; Parrondo Creste L. (2007) La resiliencia. Madrid: Revista Mi Pediatra Año II Nº 14
- Parrondo, L. (2005) La integración escolar del niño adoptado. Madrid: Niños De Hoy Nº 18 pp. 16 - 18
- Parrondo, L. (2004) Dificultades durante el proceso de vinculación y apego en familias adoptivas. Madrid: Bienestar y Protección Infantil. VOL. III, Nº 2 pp. 15 – 25.
- Parrondo, L (2001) Adoptar: otra forma de ser padres. Barcelona: Editorial Diagonal – Grup 62.
- L. Parrondo; y otros. (1999) Acogimientos y Adopciones Especiales. Madrid: Trabajo Social Hoy Nº 25 - Colegio Oficial Diplomados en Trabajo Social – Madrid. pp. 4 – 15

Anexo: centros de apoyo psicosocial postadoptivo

Madrid

ADOPTANTIS (centro en convenio con IMMF).

C/ Marcenado 10, 1ªA. 28002-Madrid

Teléfono: 914164837

Correo electrónico: adoptantis@telefonica.net

CENTRO DE PSICOLOGÍA DINÁMICA T.H. REIK (centro en convenio con IMMF).

C/ Blasco de Garay, 20, 1º Centro. 28015 – Madrid.

Teléfono: 9125930805

Correo electrónico: centroreik@cop.es

Barcelona

CRIA

C/Balmes 184, 4t 1ª

08006 Barcelona

Tel: 93.217.17.96

Correo electrónico: info@criafamilia.org

Comunidad Valenciana

EULEN servicios sociosanitarios.

<http://www.eulen.com/eulen/shtml/20/20401050.shtml>

Junta de Andalucía

EULEN servicios sociosanitarios.

Servicio Post-adopción de Andalucía Oriental

Alameda Principal, 20 4ºD

Málaga 29005

Tel.: 952 21 78 22

Fax: 952 21 00 35

e_mail: postadopcion.ma@telefonica.net

Servicio Post-adopción de Andalucía Occidental

c/ Marqués del Duero, s/n (esquina Arjona)

Sevilla 41001

Tel: 954 22 29 17

Fax: 954 22 82 42

e_mail: postadopcion.sevilla@eulen.com

País Vasco

ADOPTIA, Servicio de Atención Psicosocial

(Adscrito a Agintzari, S.Coop. de Iniciativa Social)

Av. Ramón y Cajal, 48

48014 Bilbao
Tel. (0034) 94 447 92 42
Fax (0034) 94 447 77 21
Correo Electr. adoptia@agintzari.com
Otros : javiermugica@agintzari.com , albertorodriguez@agintzari.com
Pág. Web www.agintzari.com

CENTROS DE VACUNACION INTERNACIONAL EN TODO EL ESTADO ESPAÑOL.

Información en: www.msc.es/salud/externo/consejos/centros/home.htm

