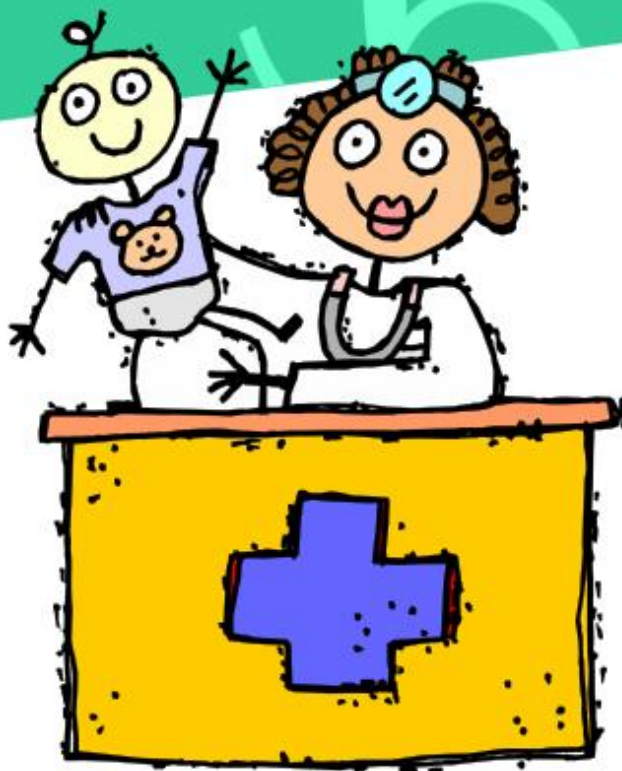


Guía Consensuada de Pediatria en Adopción

Revisión junio de 2008



Adopción Internacional

Guía consensuada para pediatras y otros profesionales sanitarios.

CORA

Profesionales autores de esta guía (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 IMMF "Casa de los niños". Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid

Victoria Fumadó Pérez. Unidad de Patología Importada del Hospital Sant Joan de Deus. Barcelona

Milagros García López Hortelano. Unidad de pediatría tropical. Hospital Carlos III. Madrid

Jesús García Pérez: Jefe de servicio de la unidad de Pediatría Social del Hospital Niño Jesús de la Comunidad de Madrid.

Ángel Hernández Merino. Pediatra. Centro de Salud "Granero Vicedo" (SERMAS), Alcorcón, Madrid

Julián Lirio Casero. Pediatra de la Unidad de Pediatría Social. Hospital Niño Jesús. Madrid

Gonzalo Oliván Gonzalvo. Pediatra del 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.

Coordinación general del proyecto: guía consensuada de pediatría en adopción internacional, actualización 2008.

Alberto Núñez López: Coordinador comisión de Salud en CORA. Vocal de salud de la asociación madrileña Atlas. Equipo Unidad de Vigilancia de la Salud del Excmo. Ayto. Alcalá de Henares (Madrid).

Promotores.

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

Asociación Atlas.

Ayudas recibidas y fuentes de financiación:

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

- Ministerio de Educación, Deporte y Política Social. Secretaria de Estado de Política Social, Dirección general de la Familia
- Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- FEDERACION CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento)

Formato de cita sugerida:

Alberola López S, Berastegui A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Perez V, García Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G, Parrondo Creste L, . Consenso en adopción internacional. Guía de evaluación pediátrica en adopción para profesionales sanitarios

Nota de los promotores.

La difusión total o parcial de este documento debe contar con la autorización de la organización promotora CORA. Citando siempre esta fuente: guía pediátrica para adopción 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.

AGRADECIMIENTOS.

A todos los profesionales autores de esta obra, por su colaboración con CORA de manera altruista 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 y 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.

Al personal del Hotel Santo Domingo de Madrid, por la amabilidad mostrada en nuestra reunión final.

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 mas sentido agradecimiento.

Alberto Núñez. Coordinador de esta guía 2008.

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. 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, de la faceta psicológica o de adaptación social. En ese sentido debemos destacar situaciones como la deficiente información médica ofrecida desde las instituciones extranjeras, la presencia de problemas de salud a la

llegada no sospechados antes de la adopción, hace 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.-

Es conveniente realizar un seguimiento debería ser multidisciplinar y sistematizado, siendo 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 adoptada por la Asamblea General de 1989, firmada y ratificada por España en 1990, indica en su artículo 21 que la adopción internacional es una medida de protección del menor que ha de ser utilizada en último extremo, una vez agotadas todas las posibilidades de que el menor pueda permanecer en el seno de su familia biológica o, en todo caso, en el Estado que le vio nacer, a fin de evitar el posible desarraigo que pueda ocasionar al menor el traslado a un país diferente del suyo.

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 fue aprobado su informe por unanimidad en Sesión Plenaria de la Cámara del Senado celebrada el 10 de diciembre de 2003. Entre las recomendaciones 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.*

Apoyándose en dichas conclusiones, con el objetivo de divulgar los distintos aspectos de la salud en adopción internacional en el marco sanitario de nuestro país, la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA), organismo de ámbito estatal que integra a 23 asociaciones independientes de familias adoptantes del territorio nacional, promueven el proyecto "Consenso en adopción internacional, guía para pediatras y otros profesionales sanitarios".

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 de actualización informativas 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:

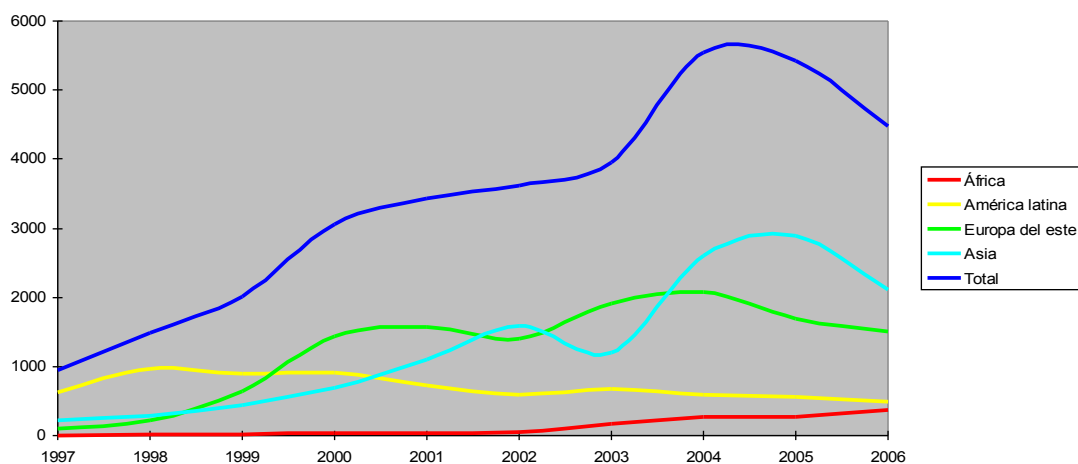
- Establecer, a través de la consulta médica pre-adoptiva, un procedimiento de información y asesoramiento dirigido a las familias involucradas en una adopción internacional sobre todos los aspectos sanitarios resultantes.
- Hacer recomendaciones protocolarizadas para la evaluación inicial y el seguimiento de los menores procedentes de adopción internacional, en base a la experiencia acumulada por los autores en las revisiones clínicas de más de 6.600 niños adoptados por familias españolas.

RELEVANCIA DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA.

Desde 1997 hasta el año 2006 se han adoptado 33.935 menores de internacional.

Datos según fuentes de IMinisterio de Educaciom, Política Social y Deportes

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	total
Africa	0	16	23	32	31	51	163	268	278	374	0	1236
América latina	631	960	895	905	721	593	679	585	564	490	0	7.023
Europa del este	97	216	645	1.439	1.569	1.395	1.913	2.087	1.684	1.497	0	12.542
Asia	214	295	443	686	1.105	1.586	1.196	2.601	2.897	2.111	0	13.134
total	942	1.487	2.006	3.062	3.426	3.625	3.951	5.541	5.423	4.472	0	33.935



Factores de riesgo sociosanitario en la adopción internacional.-

- Pobreza económica
- Precariedad higiénico-sanitaria y deficiencias en infraestructuras.
- Falta de respeto a los derechos del menor
- Problemas de salud prevalentes en la sociedad
- Enfermedades infecciosas endémicas
- Problemas de salud de base genética
- Pobreza económica
- Precariedad higiénico-sanitaria y deficiencias en infraestructuras.
- Falta de respeto a los derechos del menor
- Problemas de salud prevalentes en la sociedad
- Enfermedades infecciosas endémicas
- Problemas de salud de base genética.
- Parto prematuro, con bajo peso y/o sin atención médica
- Abandono desde temprana edad (falta de figuras parentales)
- Deprivación o negligencia continuada.
- Abuso físico, sexual y/o emocional (maltrato activo)
- Explotación laboral
- Ausencia de hogar ("niños de la calle")
- Cuidados médicos ausentes o inadecuados.

PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES.-

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

- Crecimiento físico (talla/edad -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 %)

- Enfermedades infecciosas:
 - Infección tuberculosa latente
 - Retraso desarrollo psicomotor leve:
- Eosinofilia.
- Inexactitud de la edad cronológica.
 - 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.

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

- Problemas bucodentales
 - Caries
 - Retraso de la erupción
 - Alteraciones del esmalte
 - Malposición dental, etc.
- Alteraciones oftalmológicas y ORL
- 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 /congénitas (entorno 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.

CARACTERISTICAS DEL NIÑO ADOPTADO EN INTERNACIONAL.

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 diferencía.

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.

LA CONSULTA DE PRE-ADOPCIÓN, EN QUE CONSISTE.

La evaluación de los datos que ofrece el informe médico de los niños asignados para adopción internacional, debe identificar los problemas médicos que requieran seguimiento médico o afecten a su desarrollo futuro.

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 o errónea. 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 algunos de África, "deficientes" los procedentes de China y países de Europa del este, y "muy deficientes" los elaborados en la Federación Rusa.

En la mayoría de las ocasiones, el informe médico pre-adoptivo elaborado en los países originales, es escaso para conocer el estado de salud real del menor. Por lo que muchas familias, deciden completarlo con material audiovisual del menor que puede ayudar, mediante estudio detallado del mismo en la identificación de trastornos genéticos y del desarrollo.

Todos los datos médicos y sociosanitarios que puedan aportarse a esta entrevista mediante la realización una historia clínica muy detallada ayudarán a evaluar el estado sanitario del menor.

Para mayor información de este aspecto consultar la guía extensa.

LA EVALUACION MEDICA INICIAL

✓ **Cuándo Realizarla.**

Los niños procedentes de adopción internacional son atendidos en nuestro Sistema Nacional de Salud de manera similar al resto de la población infantil, aunque pueden tener necesidades específicas. La pediatría de atención primaria es ámbito apropiado para la asistencia inicial de estos menores.

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 ya que algunos niños presentan problemas de salud no reconocidos antes de la adopción.

✓ 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:

- A. Una evaluación básica e inicial **A TODOS LOS NIÑOS** procedentes de adopción internacional:

- Exploración física completa
- Evaluación del crecimiento y estado de nutrición (ver II.1.a y II.1.b Guía extensa –G.E-)
- Evaluación inicial desarrollo psicomotor (ver II.1.2 y evaluación psicosocial -G.E-)
- Evaluación de signos de maltrato.^a
- Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones (ver apartado II.1.3 -G.E-)
- Evaluación de la visión y audición (ver apartado II.1.4 –G.E-)
- 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/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf [consultado 20/06/2008]

^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 10mm se considera positiva (independientemente de que haya sido o no vacunado de BCG) e implica realizar estudio radiológico de tórax. Si la induración es menor de 10 mm, se considera negativo. Habría que repetirlo a los 3-6 meses (ver apartado b) para evitar falsos negativos por inmunodepresión secundaria a desnutrición, infestación parasitaria, tratamiento con corticoides, infección por VIH, etc. Si el niño presenta

clínica sugestiva de tuberculosis, sospecha epidemiológica, radiología de tórax patológica y/o está inmunodeprimido, una induración mayor o igual a 5mm debe considerarse positiva.

Notas:

Guía extensa (G.E.) en www.coraenlared.org

- 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. (<http://www.who.int/tb/challenges/xdr/faqs/es/> y <http://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.

B. Una 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; ver apartado 2.1.5 G.E)
- Evaluación del desarrollo puberal (si procede por edad o estadio de desarrollo; ver apartado 2.1.1. G.E)
- Evaluación de la edad cronológica (ver apartado 2.1.6. G.E.)
- 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 (*Trypanosoma Cruzi* Ig.G) ^j.

^a En dependencia 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. Básico.

^b Especialmente en procedentes de la Federación Rusa y Europa del este, y en todos aquellos que presenten el antecedente de exposición prenatal al alcohol o exhiban rasgos faciales dismórficos (Astley SJ. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. Seattle: University of Washington, 2004). <http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf> 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.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO, ESTADO DE NUTRICIÓN Y DESARROLLO PUBERAL.

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, pudiendo estar su origen en la deprivación afectiva y emocional, en insuficiente cantidad o calidad del alimento o a mala técnica de administración.

Para saber el estado de nutrición en la mayoría de los casos incluso desde lactante puede ser suficiente esta fórmula:

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

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

Si los niños son malnutridos o con retraso de peso y talla, debe añadirse a la analítica: proteínas totales, perfil tiroideo y marcadores de celiaquía.

Conveniente tener presente estas situaciones:

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

Otros problemas de hábitos alimenticios: 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 mayores cuanto mayor haya sido el período de deprivación social o nutricional. Sin embargo, los estudios demuestran que la recuperación tras 3 o 4 años de tratamiento psicoafectivo y buena alimentación, es total física y mentalmente si la adopción fue antes de los 6 meses, y casi total si fue antes de los 4 años.

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.-

El crecimiento se ve afectado por la pobreza, las enfermedades crónicas, la privación afectiva y psicosocial. El peso permanecerá más estable que la talla, siendo su afectación directamente proporcional al tiempo de estancia en el orfanato. La falta de crecimiento es de un mes de retraso por cada 3 ó 5 pasados en el orfanato.

Al mismo tiempo, en todos los estudios de seguimiento se comprueba como mejoran a lo largo de los años, una vez situados en el nuevo hogar.!

El niño adoptado, a partir de su llegada, deberá tener una alimentación completa, un control adecuado de las enfermedades y un buen equilibrio afectivo. Es importante seguir de cerca el crecimiento durante al menos 2 años con controles cada 6-12 meses aunque la duración variará según casos individuales.

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 antes mencionado, y siempre que la edad ósea sea acorde con la cronológica en más o menos 1 año (puede estar más retrasada en los casos de malnutrición o privación social), se sugiere esperar de 12 a 18 meses antes de consultar al endocrinólogo, ya que casi todos estos niños realizan el crecimiento en espiga (*catch-up*) durante el primer año en el nuevo país.

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, lo interesante no es comparar estos niños con las gráficas del país de origen, sino con los niños que viven en las mismas condiciones que ellos y, sobre todo, compararlos consigo mismos.

Gráficas de la O.M.S.: tablas universales infantiles que llegan hasta los 5 años realizadas con una amplia muestra de niños de cada continente, disponibles en:
<http://www.who.int/childgrowth/en/>

Evaluación 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 psicosocial.

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 Y ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO DE INMUNIZACIÓN.

Las inmunizaciones en los niños adoptados en el extranjero.

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.

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.

Pautas.

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.

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.

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.

¿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).

¿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.

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).

Para ampliar información de:

- a) Recomendaciones para cada tipo de vacuna,
- b) Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño correctamente inmunizado.
- c) Pautas de actualización vacunal en niños no vacunados o inmunizados de forma incompleta según la edad

Consultar la guía extensa, disponible en www.coraenlared.org.

Índice de la Guía extensa de pediatría en adopción internacional		Pág.			
Introducción		5			
Justificación		5			
Objetivos		10			
Características del niño adoptado		10			
1	La consulta médica pre-adoptiva.	11			
	1	Los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud. Generalidades	11		
	2	Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia.	15		
		A	China y sudeste de Asia.	17	
		B	Europa del este.	19	
		C	Latinoamérica.	24	
		D	Subcontinente Indio.	27	
	E	África.	31		
	3	Los informes pre-adoptivos y los datos a obtener.	35		
	4	El viaje y la estancia en el extranjero.	37		
	4.a	Identificación de riesgos.	38		
	4.b	Alertas sanitarias.	38		
	4.c	Medidas preventivas.	38		
	4.d	Instituciones para acudir	38		
	4.e	Cuidados básicos.	38		
	Algoritmo de pre-adopción	44			
2	Post-adopción.	45			
	1	La evaluación médica inicial.	45		
		1.a	Cuándo realizarla.	45	
		1.b	Qué evaluar.	45	
		El seguimiento		46	
		1	Evaluación y seguimiento del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal.	46	
		1.a	Valoración nutricional	47	
		1.b.	Crecimiento y gráficas	48	
		2	Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor.	49	
		3	Evaluación y seguimiento del estado de inmunización.	49	
		3.a	Actualización inmunizaciones según edad y vacunaciones documentadas	51	
		4	Evaluación y seguimiento de la visión y audición.	61	
		5	Evaluación y seguimiento de la dentición.	61	
		6	Evaluación y seguimiento de la edad cronológica	61	
		3	1	Evaluación y seguimiento psicosocial	61
			1.a	Diferencias en el niño	61
	1.b		Deferencias en el papel e la familia	62	
	2		La adaptación inicial	63	
	3		La vinculación afectiva	63	
	3.a		El apego en el proceso evolutivo	64	
	3.b		Causas de las dificultades en el desarrollo del apego	64	
	3.c		Sintomatología de los trastornos del apego.	65	
	3.d		Apego y adopción.	65	
	4		El desarrollo del lenguaje.	67	
	5		Problemas del comportamiento.	67	
	5.a		Dificultades de atención y autocontrol	67	
	5.b		Dificultades para normas y límites	67	
	6		La integración social y escolar, dificultades.	68	
	7		La comunicación sobre los orígenes	69	
	8		Identidad y adolescencia	70	
	9		Cuando solicitar ayuda especializada	71	
	10		Otras evaluaciones y seguimientos	73	
		Algoritmo de post-adopción	76		
	El pronóstico evolutivo	77			
Bibliografía		78			
Anexo:		85			

Índice de tablas.

Tabla	Título	Pág.
1	Adopciones internacionales en España, 1997-2006	7
2	Factores de riesgo generales de los países de origen	12
3	Factores de riesgo previos a la institucionalización.	13
4	Factores de riesgo durante la institucionalización	13
5	Problemas de salud muy frecuentes.	14
6	Problemas de salud frecuentes	14
7	Problemas de salud infrecuentes	15
8	Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.	16
9	Enfermedades encontradas en niños adoptados procedentes de China	19
10	Pauta vacunal habitual en China	18
11	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.	20
12	Antecedentes sociofamiliares, prenatales y perinatales de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.	21
13	Principales problemas de salud en una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.	22
14	Diagnósticos de índole neurológica descritos en los informes médicos de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este	24
15	Programa Ampliado de Inmunización en Latinoamérica	25
16	Datos demográficos y de salud del subcontinente Indio	27
17	Perfil general de salud subcontinente Indio	28
18	Citas bibliografías y problemas de salud en niños adoptados en India	30
19	Deficiencias observadas en los informes médicos pre-adoptivos.	35
20	Datos médicos y sociosanitarios a obtener de todo niño adoptable en el extranjero.	36
21	Características de un video válido para estudio pre-adoptivo	37
22	Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales	39
23	Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias que viajan al extranjero.	40
24	Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero	41
25	Profilaxis antipalúdica	42
26	Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica	43
27	Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional	44
28	Calendario vacunal en los principales países de origen de adopción internacional e inmigración (año 2006).	50
29	Cobertura vacunal en los principales países de origen de adopción/inmigración (período 2000-2006).	51
30	Calendario oficial vacunaciones AEP 2008	53
31	Recomendaciones vacunación para Hepatitis B	54
32	Actuación según el resultado de anti-HBs y el estatus vacunal registrado	54
33	Cómo interpretar los marcadores de hepatitis B	54
34	Vacuna anti-poliomielitis	55
35	Vacuna DTPa	56
36	Vacuna Hib	56
37	Vacuna Meningococo C	57
38	Vacuna Triple vírica (TV)	57
39	Vacuna Varicela	57
40	Vacuna Neumococo conjugada	57

Tabla	Título	Pág.
41	Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado según la edad	58
42	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 3 a 6 meses	59
43	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 7 a 11 meses	59
44	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 12 a 23 meses	59
45	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 2 a 4 años	60
46	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 5 a 6 años	60
47	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 7 a 22 años	60
48	Trastornos de apego, sintomatología	66
49	Conductas problemáticas de apego	66
50	Escala de indicadores de la calidad del apego	72
51	Evaluación médica básica recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero	73
52	Evaluación médica específica recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero.	74
53	Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional	75

Figuras	Título	Pág.
1 y 2	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Evolución del número de adopciones.	7 y 8
3	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes.	8
4	Comparativa adopción internacional en España con Francia y Suecia.	8
5 y 6	Causas de mortalidad infantil en África	31 y 32

Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional

Debido a que en un elevado porcentaje de los niños adoptados en el extranjero se detectan problemas en la evaluación médica es recomendable realizar un seguimiento prolongado en el tiempo. Este seguimiento debería ser coordinado por el pediatra.

- Problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial.
- Respuestas a los tratamientos administrados.
- Evolución longitudinal del: ^a
 - Crecimiento y estado nutricional ^b (ver 2.1.a y 2.1.b)
 - Desarrollo psicomotor ^c (ver 2.1.2 y evaluación psicosocial)
 - Adecuada administración de inmunizaciones ^d (ver apartado 2.1.3)
- Adaptación de la alimentación (2.1.1.a).
- Evolución del desarrollo:
 - Puberal ^e (ver apartado 2.1.1.)
 - Visión / Audición (ver apartado 2.1.4.)
 - Dentición.
 - Afectivo-emocional y comportamiento (3.3.d)
 - Lenguaje (3.4)
 - Social / Escolar (3.6)
- Posible aparición problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos.

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

^b Utilizar gráficas de crecimiento y estándares nutricionales españoles.

<http://www.sepeap.es/libros/endocrino/Tanner.htm> ; <http://www.aepap.org/crecorbegozo.htm> y www.aeped.es/protocolos/nutricion/9.pdf . Tablas de la OMS accesibles desde: <http://www.asatlas.org/comision-de-salud/percentiles-oms> .

^c Test 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.

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

Evaluación y seguimiento psico-social

Problemas de ajuste inicial.-

- **Problemas de sueño** como dificultades para conciliar el sueño, pesadillas, terrores nocturnos, insomnio, hipersomnia 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 y 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.

DIFICULTADES ANTE LAS QUE PEDIR AYUDA POSTADOPTIVA ESPECIALIZADA.-

- Dificultades de integración social incluidos episodios de racismo o discriminación que el niño y la familia no saben cómo afrontar.
- 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

Para ampliar y consultar sobre problemas de ajuste inicial y alteraciones de la conducta frecuentes en niños adoptados ver apartado psicosocial de la Guía Extensa www.coraenlared.org.

Índice de la Guía de pediatría en adopción internacional		Pág.			
Introducción		5			
Justificación		5			
Objetivos		10			
Características del niño adoptado		10			
1	La consulta médica pre-adoptiva.	11			
	1	Los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud. Generalidades	11		
	2	Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia.	15		
		A	China y sudeste de Asia.	17	
		B	Europa del este.	19	
		C	Latinoamérica.	24	
		D	Subcontinente Indio.	27	
	E	África.	31		
	3	Los informes pre-adoptivos y los datos a obtener.	35		
	4	El viaje y la estancia en el extranjero.	37		
	4.a	Identificación de riesgos.	38		
	4.b	Alertas sanitarias.	38		
	4.c	Medidas preventivas.	38		
	4.d	Instituciones para acudir	38		
4.e	Cuidados básicos.	38			
	Algoritmo de pre-adopción	44			
2	Post-adopción.	45			
	1	La evaluación médica inicial.	45		
		1.a	Cuándo realizarla.	45	
		1.b	Qué evaluar.	45	
		El seguimiento		46	
		1	Evaluación y seguimiento del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal.	46	
		1.a	Valoración nutricional	47	
		1.b.	Crecimiento y gráficas	48	
		2	Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor.	49	
		3	Evaluación y seguimiento del estado de inmunización.	49	
		3.a	Actualización inmunizaciones según edad y vacunaciones documentadas	51	
		4	Evaluación y seguimiento de la visión y audición.	61	
		5	Evaluación y seguimiento de la dentición.	61	
		6	Evaluación y seguimiento de la edad cronológica	61	
		3	1	Evaluación y seguimiento psicosocial	61
			1.a	Diferencias en el niño	61
			1.b	Deferencias en el papel e la familia	62
	2		La adaptación inicial	63	
	3		La vinculación afectiva	63	
	3.a		El apego en el proceso evolutivo	64	
	3.b		Causas de las dificultades en el desarrollo del apego	64	
	3.c		Sintomatología de los trastornos del apego.	65	
	3.d		Apego y adopción.	65	
	4		El desarrollo del lenguaje.	67	
	5		Problemas del comportamiento.	67	
	5.a		Dificultades de atención y autocontrol	67	
	5.b		Dificultades para normas y límites	67	
	6		La integración social y escolar, dificultades.	68	
	7		La comunicación sobre los orígenes	69	
	8		Identidad y adolescencia	70	
	9	Cuando solicitar ayuda especializada	71		
	10	Otras evaluaciones y seguimientos	73		
	Algoritmo de post-adopción	76			
	El pronóstico evolutivo	77			
Bibliografía		78			
Anexo:		85			

Índice de tablas.

Tabla	Título	Pág.
1	Adopciones internacionales en España, 1997-2006	7
2	Factores de riesgo generales de los países de origen	12
3	Factores de riesgo previos a la institucionalización.	13
4	Factores de riesgo durante la institucionalización	13
5	Problemas de salud muy frecuentes.	14
6	Problemas de salud frecuentes	14
7	Problemas de salud infrecuentes	15
8	Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.	16
9	Enfermedades encontradas en niños adoptados procedentes de China	19
10	Pauta vacunal habitual en China	18
11	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.	20
12	Antecedentes sociofamiliares, prenatales y perinatales de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.	21
13	Principales problemas de salud en una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este.	22
14	Diagnósticos de índole neurológica descritos en los informes médicos de una cohorte de niños adoptados de países de Europa del este	24
15	Programa Ampliado de Inmunización en Latinoamérica	25
16	Datos demográficos y de salud del subcontinente Indio	27
17	Perfil general de salud subcontinente Indio	28
18	Citas bibliografías y problemas de salud en niños adoptados en India	30
19	Deficiencias observadas en los informes médicos pre-adoptivos.	35
20	Datos médicos y sociosanitarios a obtener de todo niño adoptable en el extranjero.	36
21	Características de un video válido para estudio pre-adoptivo	37
22	Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales	39
23	Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias que viajan al extranjero.	40
24	Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero	41
25	Profilaxis antipalúdica	42
26	Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica	43
27	Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional	44
28	Calendario vacunal en los principales países de origen de adopción internacional e inmigración (año 2006).	50
29	Cobertura vacunal en los principales países de origen de adopción/inmigración (período 2000-2006).	51
30	Calendario oficial vacunaciones AEP 2008	53
31	Recomendaciones vacunación para Hepatitis B	54
32	Actuación según el resultado de anti-HBs y el estatus vacunal registrado	54
33	Cómo interpretar los marcadores de hepatitis B	54
34	Vacuna anti-poliomielitis	55
35	Vacuna DTPa	56
36	Vacuna Hib	56
37	Vacuna Meningococo C	57
38	Vacuna Triple vírica (TV)	57
39	Vacuna Varicela	57
40	Vacuna Neumococo conjugada	57

Tabla	Título	Pág.
41	Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado según la edad	58
42	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 3 a 6 meses	59
43	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 7 a 11 meses	59
44	Corrección / actualización vacunal según la edad: lactantes de 12 a 23 meses	59
45	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 2 a 4 años	60
46	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 5 a 6 años	60
47	Corrección / actualización vacunal según la edad: niños de 7 a 22 años	60
48	Trastornos de apego, sintomatología	66
49	Conductas problemáticas de apego	66
50	Escala de indicadores de la calidad del apego	72
51	Evaluación médica básica recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero	73
52	Evaluación médica específica recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero.	74
53	Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional	75

Figuras	Título	Pág.
1 y 2	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Evolución del número de adopciones.	7 y 8
3	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes.	8
4	Comparativa adopción internacional en España con Francia y Suecia.	8
5 y 6	Causas de mortalidad infantil en África	31 y 32