

El niño adoptado en el extranjero. Papel del pediatra de Atención Primaria

A. Hernández Merino

Pediatra. CS Granero Vicedo, Servicio Madrileño de Salud (Área 8). Alcorcón, Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 2:S55-75

Ángel Hernández Merino, ahernandez.gapm08@salud.madrid.org

Resumen

Cada año más de 40.000 niños procedentes de más de 100 países son adoptados en el mundo. La adopción internacional ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años de forma especial en nuestro país. España fue el primer país de la Unión Europea y el segundo en el mundo en número absoluto de adopciones anuales en 2004 (y primero del mundo en tasa de adopciones por población). Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el período de 1997 a 2004 se adoptó en nuestro país a 24.042 niños procedentes del extranjero. Europa del Este, Asia y América Latina son las principales regiones de procedencia. El propósito de este texto es reflexionar sobre las necesidades sanitarias de estos niños y la participación de los pediatras de Atención Primaria en el proceso de la adopción internacional. Los niños adoptados en el extranjero conforman un grupo con necesidades específicas, aunque heterogéneas, en el terreno de la salud. Presentan con frecuencia determinadas patologías, la mayoría de ellas detectables mediante cribado. La acción concertada y sinérgica de los distintos niveles de la atención sanitaria ofrecerán las mejores posibilidades de detección y resolución eficaces de los problemas. La participación del pediatra de Atención Primaria es fundamental y debe ser sistematizada, precisa y continuada. Es necesario promover la investigación para conocer el estado de salud real de los niños adoptados en el extranjero que llegan a nuestro país y proponer recomendaciones prácticas para satisfacer las necesidades reales de estos niños en el terreno de la salud.

Palabras clave: Adopción, Adopción internacional, Atención Primaria, Cribado, Investigación, Pediatría.

Abstract

More of 40000 children coming from more than 100 countries are adopted in the world every year. International adoption has experienced an extraordinary increase recently, specially in our country. Spain has been the first country in the European Union and the second in the world in absolute numbers of annual adoptions in 2004 (and the first of the world in the rate of adoption per population). According to data from the Ministry of Work and Social Affairs, between 1997 and 2004, 24042 foreign children were adopted in our country. Eastern Europe, Asia and Latin America have been the most important regions of origin. The proposal of this paper is to think about the sanitary requirements of these children and the participation of Primary Care paediatricians in the international adoption process. Children adopted abroad build up a group with special although heterogeneous health needs. They frequently suffer from certain conditions, most of them detectable through screening tests. Specific and synergic actuation from different levels of sanitary care will offer the best opportunities of efficient detection and resolution of the problems. Primary Care paediatrician's participation is fundamental and must be systematic, precise and continuous. It is necessary to promote research in this field in order to know the real health situation of the children adopted abroad and to propose practical recommendations to satisfy their health necessities.

Key words: Adoption, International adoption, Primary Care, Screening, Research, Paediatrics.

Declaración de conflictos de intereses: El autor declara no presentar conflictos de intereses con relación al presente artículo.

Introducción

La adopción internacional ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años en nuestro país, hasta el punto de llegar a ser el primer país de la Unión Europea y el segundo en el mundo, tras Estados Unidos, en número absoluto de adopciones anuales en 2004 (y primero del mundo en tasa de adopciones por población)¹. Cada año más de 40.000 niños procedentes de más de 100 países son adoptados en el mundo²; y en nuestro país parece ser un fenómeno con tendencia creciente.

En España, sólo 2 de cada 10 niños adoptados son de origen español³; es decir, el 80% de los niños adoptados procede del extranjero. En 2004, las adopciones internacionales crecieron más de un 40% respecto al año anterior⁴.

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS)⁵, en el período de 1997 a 2004 se adoptó en nuestro país a 24.042 niños procedentes del extranjero. Este importante número de niños con necesidades especiales⁶ en los terrenos de la salud, la educación y los servicios sociales constituye un reto extraordinario para los sistemas de provisión de servicios públicos en nuestro medio, y para el Sistema Nacional de Salud en particular. Los pediatras tienen ante sí la demanda, la necesidad y la

oportunidad de asumir un papel relevante en la atención a los niños procedentes de la adopción internacional,⁶⁻⁸.

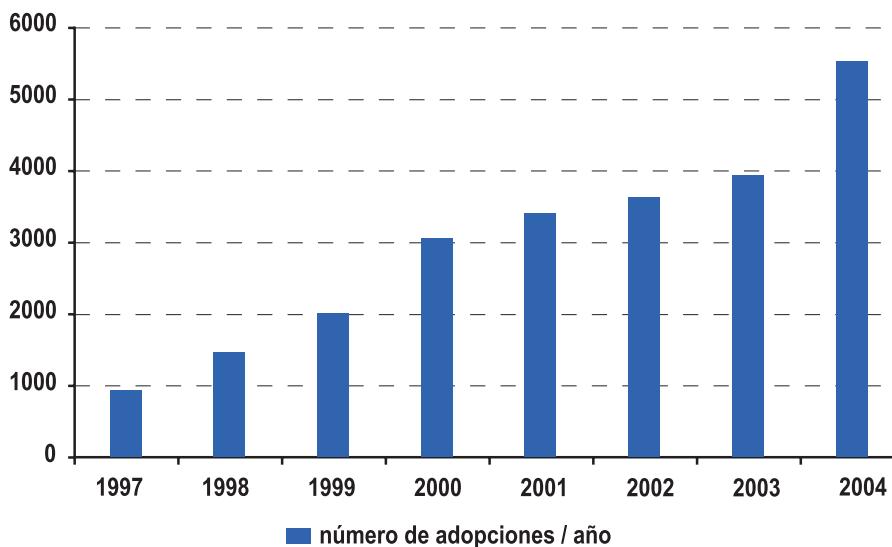
La adopción internacional es un proceso largo, a menudo complicado, y que involucra a toda la familia. La decisión, los trámites y preparativos, el viaje y la llegada del niño adoptado constituyen hechos que marcan de forma crítica la agenda y el ritmo en todos los aspectos de todos los miembros de la familia, lo cual a veces es fuente de nuevas dificultades que hay que superar. Finalmente, la adaptación del menor a su nueva familia y entorno social es un proceso también a veces prolongado y complejo que lleva en la mayoría de los casos a un final satisfactorio⁹ (en menos del 1% de los casos se produce un nuevo abandono del menor¹⁰).

El propósito de este texto es reflexionar sobre las necesidades sanitarias de estos niños y la participación de los pediatras de Atención Primaria (AP) en el proceso de la adopción internacional.

Evolución de la adopción internacional en España en los últimos años

En 1997 se adoptaron a 942 niños en el extranjero. En 2004 fueron un 588% más (5.541). El incremento entre 2003 y 2004 fue de un 40,2% (figura 1)⁵.

Figura 1. Evolución del número de adopciones internacionales en el periodo de 1997 a 2004 (fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005)⁵.



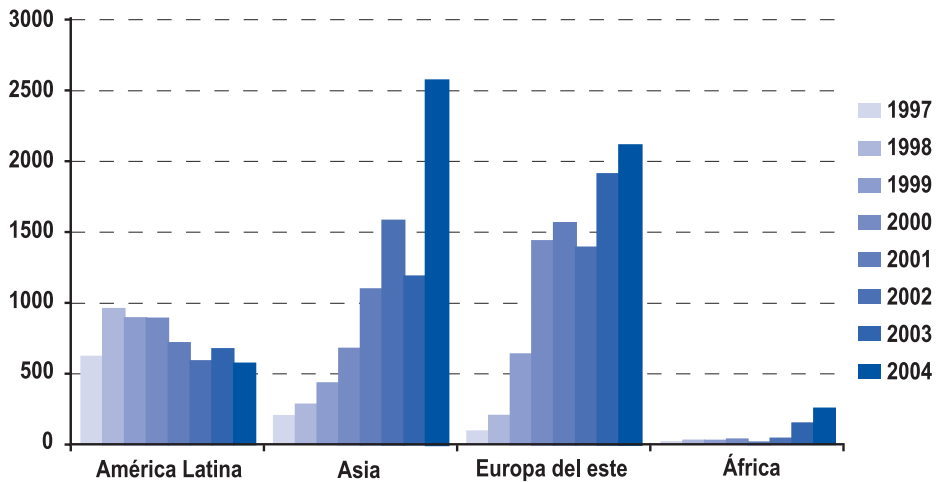
Las causas son probablemente múltiples y de distinta naturaleza; entre ellas están el nivel de desarrollo económico y bienestar social (aspectos compartidos con otros países de la Unión Europea), junto con las peculiaridades y factores de sensibilidad social específicos de nuestro país.

Europa del Este, Asia y América Latina, por este orden, son las zonas de procedencia principales (97,5% de todas las adopciones internacionales). Los países que conforman la región este y sureste de Europa aportan el mayor número de niños, aunque con cierta tendencia a la estabilización en to-

dos excepto en la actual Federación Rusa. En Asia, es la República Popular China el principal y creciente proveedor de niños para adopción (casi en su totalidad, niñas). América Latina muestra una estabilización e incluso una disminución de la oferta de niños para adopción. Y África se incorpora con fuerza al panorama de la adopción (crecimiento en 2004 del 205% respecto a 2003) (figura 2)⁵.

Por países de procedencia, China, Rusia, Colombia, Ucrania y Rumanía, por este orden, han aportado en conjunto el 73,9%. No obstante, en 2004, Etiopía alcanzó el quinto puesto despla-

Figura 2. Evolución de las adopciones internacionales según áreas de procedencia, 1997-2004 (fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005)⁵.



zando a Rumanía en el orden de número de niños aportados en adopción (figura 3, tabla I)⁵. ¿Qué determina el país de origen?, ¿por qué vienen más niños de un lugar u otro? Probablemente las razones principales sean, por una parte, la mayor rapidez de la tramitación y menores dificultades relativas del proceso (variables en general dependientes de la normativa y políticas propias de los países de origen) y, por otra, las preferencias de las familias (por ejemplo, en China pueden adoptarse niñas de menor edad).

Niños con necesidades especiales

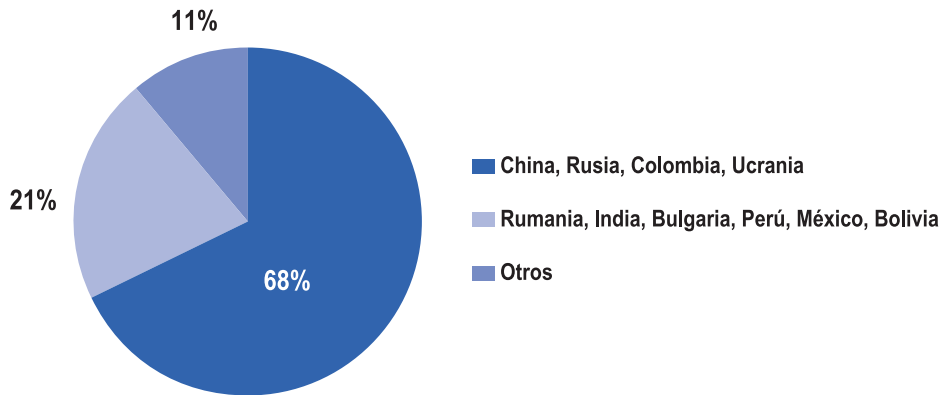
Los niños adoptados en el extranjero conforman un grupo con necesidades específicas en el terreno de la salud¹¹.

Proceden en su mayoría de países con renta baja, algunos de ellos extraordinariamente deprimidos desde los puntos de vista económico, social y sanitario, y muchos de ellos de progenitores pertenecientes a los grupos sociales más marginales de estos países; pueden haber sido víctimas de carencias básicas de forma prolongada, negligencias y abusos; carecen de antecedentes sanitarios, o éstos no son fiables; presentan con

Tabla I. Evolución del número de adopciones internacionales en el período 1997-2004, según áreas y países de procedencia (tomada de De Aranzábal Agudo y cols, 2005)¹⁾ (fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005)²⁾

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

Figura 3. Países de origen, período 1997-2004. Casi 7 de cada 10 niños provienen de China, Rusia, Colombia o Ucrania. Casi 9 de cada 10 provienen de uno de éstos o Rumanía, India, Bulgaria, Perú, México o Bolivia (fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005)⁵.



cierta frecuencia determinadas patologías específicas (hasta el 57% de ellos presenta problemas importantes, en el 81% de los casos detectables mediante cribado¹²⁾¹³⁻¹⁵; y las familias adoptivas tienen la necesidad⁷, que sienten como una verdadera urgencia, de poder aclarar todas estas incertidumbres. A este respecto, son críticos dos momentos del proceso adoptivo; uno, cuando les han adjudicado un niño determinado y tratan de aclararse con la información de que disponen y la observación directa del menor en la visita inicial, y precisan tomar una decisión respecto al menor

adjudicado; y dos, tras esta decisión en sentido afirmativo, cuando vuelven a nuestro país con el menor.

El sistema sanitario debe estar en condiciones de responder a estas necesidades y despejar las incertidumbres con cierta agilidad. La actuación sinérgica de los niveles de AP y Atención Especializada es crucial para alcanzar el objetivo. La meta es hacer la evaluación inicial del estado de salud de estos niños de forma ágil, promover la recuperación de los déficits y lograr su adaptación completa al entorno (son niños con necesidades especiales, no niños *especiales*)⁶.

Problemas de salud de los niños adoptados en el extranjero

En la actualidad, en nuestro medio los niños procedentes de adopción internacional no constituyen un grupo homogéneo. Las cambiantes tendencias en cuanto a las procedencias de los niños, como muestran los datos del MTAS⁵ y los indicadores sanitarios proporcionados por la OMS¹⁶, lo ponen de manifiesto. La diversidad y heterogeneidad de este grupo hace difícil establecer una tabla general precisa y representativa de los problemas de salud de estos niños. A continuación se hace una enumeración somera, sin pretensión de exhaustividad, de las patologías más frecuentes (en las referencias originales se pueden encontrar amplias y precisas revisiones).

Enfermedades infecciosas¹⁷⁻¹⁹:

- El riesgo de infección por el VIH se considera en general muy bajo (menor del 0,16%)¹⁵.
- Hepatitis virales. La hepatitis B es una infección ampliamente distribuida en el mundo y con alta prevalencia en algunos países de origen de los niños adoptados; hasta un 3-5% de los niños puede haber sido infectado por este agente. La hepatitis C es también una infección de distribución mundial; el riesgo se es-

tima bajo (menor del 1,3%) aunque los datos disponibles son escasos^{20,21}.

- Sífilis. Los informes preadoptivos de algunos países del este de Europa señalan una prevalencia del riesgo de lúes congénita en el 15-20% de los niños. En general esta condición ha sido correctamente diagnosticada y tratada en su momento; no obstante, excepcionalmente se encuentran casos no diagnosticados/tratados.
- Infecciones y parasitosis gastrointestinales. Hasta el 25% de los niños adoptados está infestado por parásitos intestinales. Son frecuentes también las infecciones gastrointestinales por bacterias entéricas. Los niños que han residido en instituciones de forma prolongada tienen un riesgo incrementado de infección por *H. pylori*^{22,23}.
- Tuberculosis. La mayoría de los niños adoptados provienen de regiones con alta prevalencia de tuberculosis. Del 5 al 20% de los niños adoptados tienen una prueba de tuberculina positiva a su llegada. Muchos han recibido la vacuna BCG. Es necesaria una cuidadosa evaluación de este aspecto a su llegada²⁴⁻²⁶.
- Inmunizaciones y enfermedades inmunoprevenibles. Dos de cada tres

pueden haber recibido inmunizaciones insuficientes, vacunas no suficientemente inmunogénicas, o tener registros no confiables o ausentes. Es también un capítulo importante en la evaluación de los niños recién llegados. El objetivo es evaluar los registros y las inmunizaciones previas^{27,28} y administrar las vacunas necesarias^{29,30} para alcanzar un nivel de inmunizaciones igual que la población general según las recomendaciones vigentes³¹⁻³³.

Factores de riesgo para el neurodesarrollo y adaptación social:

- Exposición prenatal al alcohol. Más de la mitad de los niños residentes en instituciones en Rusia presentan puntuaciones intermedias o altas en una escala para detectar los rasgos fenotípicos que delatan la posible presencia de un síndrome alcohol-fetal³⁴.
- Déficits sensoriales. Alta prevalencia de anomalías visuales³⁵.

Retraso del crecimiento³⁶ y variantes del desarrollo puberal³⁷. La OMS ha llevado a cabo un ambicioso estudio multicéntrico con el objetivo de elaborar gráficas y referencias de peso, talla y crecimiento en niños de 0 a 6 años sanos válidas para todos los países del

mundo a partir de los datos extraídos de cinco países seleccionados con rigurosos criterios metodológicos (Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos). Recientemente ha publicado los primeros estándares y referencias que prometen ser un instrumento de gran utilidad en los niños de adopción internacional³⁸.

Este panorama de riesgos hace necesario establecer una estrategia sistematizada de evaluación y cribaje cuando llegan de su lugar de origen. Ésta incluye una evaluación inicial completa y un seguimiento continuado³⁹. Algunas pruebas complementarias habrán de ser repetidas tras 3-6 meses para los evitar períodos ventana en casos de infecciones recientes, soslayar el efecto de la malnutrición y otras condiciones sobre la respuesta inmunitaria y comprobar el efecto recuperador sobre el desarrollo ponderoestatural y psicomotor de estos primeros meses. Algunas herramientas de evaluación como el material audiovisual probablemente tienen un valor limitado⁴⁰. Es necesario valorar de forma crítica las recomendaciones de cribado y pruebas complementarias que se van a realizar de forma sistemática adaptándolas a las pruebas objetivas disponibles, evitando las que resulten innecesarias⁴¹.

Retos: atención al niño adoptado e investigación

Hay dos retos planteados. Por una parte, lo ya comentado, la necesidad de conocer la situación concreta, precisa de cada niño de forma más o menos rápida (evaluación individual), y atender de forma eficaz los problemas de salud que puedan presentar (atención individual).

Y, por otra parte, la necesidad de investigar. Deberíamos poder contar con mayor información tras varios años y ser muchos los niños llegados, buena parte de los cuales han sido evaluados en centros de referencia, o en centros o unidades estándar del sistema sanitario. Es una necesidad objetiva reunir y analizar los datos y difundir las conclusiones. Ya que los niños están repartidos por toda la geografía nacional, y habrán sido o estarán siendo atendidos en numerosos centros, ha de ser un proyecto colaborativo multicéntrico. Los pediatras de AP, al ser los profesionales más próximos y con disponibilidad continuada para éstos como para todos los niños, deberán tener un papel importante en el proyecto.

La investigación dará lugar al conocimiento que a su vez dé soporte a nuevas recomendaciones que habrá que llevar a la práctica en la atención directa a los niños adoptados, cerrando así el círculo atención directa/investigación.

En el contexto general de responder a los retos que plantean las necesidades de estos niños se inscriben diversas iniciativas como el *Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios* promovido por entidades sociales representativas de las familias adoptivas, del cual se presenta un resumen estructurado en este mismo número⁴² (y del que se ha derivado una versión para familias⁴³). En algunas comunidades autónomas se han desarrollado otras iniciativas, destacando la dirigida a profesionales en Castilla y León⁴⁴, y las dirigidas a familias en La Rioja⁴⁵ y País Vasco⁴⁶, entre otras.

Pediatras de AP, Unidades de Referencia y Comités de Expertos y Técnicos

Para responder a los retos enunciados se plantean acciones a tres niveles (figura 4 y tabla II):

- El de la atención directa principal, asignado a la AP; con funciones de recogida de datos de campo, atención inicial y seguimiento longitudinal de los niños. Análisis y difusión de información junto con los centros hospitalarios de referencia.
- El de las Unidades de Referencia (UR) de ámbito local, provincial o autonómico, multidisciplinaria, asignadas a

Tabla II. Funciones de los niveles de atención; Atención Primaria, Unidades de Referencia y Comités de Expertos y Técnicos

Los pediatras de AP:

- Atención directa y continuada a los pacientes.
- Recogida de datos de campo.
- Análisis y difusión de información (AP y UR).

Las Unidades de Referencia (UR) locales, múltiples, con participación multidisciplinaria (servicios de Pediatría de los hospitales de referencia en general, y en algunos casos unidades de Pediatría Social/Medicina Importada):

- Coordinación de la atención a los pacientes complejos y/o con pluripatología.
- Apoyo en pruebas complementarias a la AP.
- Recogida y centralización de datos de campo.
- Análisis y difusión de información (AP y UR).

El Comité de Expertos y Técnicos centralizado, único, con participación multidisciplinaria:

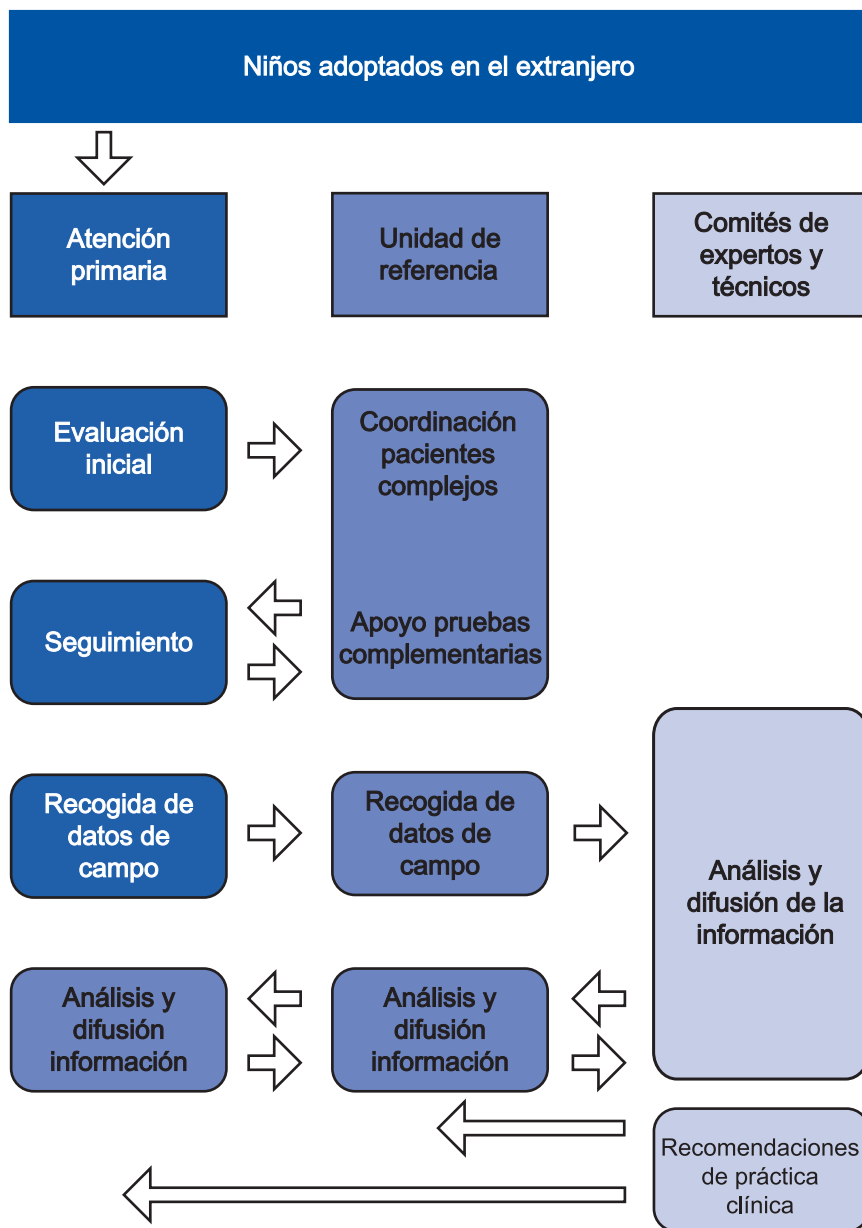
- Centralización de datos e información. Análisis. Difusión de la información.
- Recomendaciones prácticas para las Administraciones y para los niveles de atención directa (PAP y UR).

AP: Atención Primaria. UR: unidad de referencia. PAP: Pediatría de AP.

los servicios de Pediatría de los centros hospitalarios locales de referencia (y en su caso a las actuales unidades de Pediatría Social y/o Medicina de las Enfermedades Importadas o del Viajero); con funciones de atención y coordinación de la atención a pacientes complejos o con pluripatología, apoyo al nivel de AP para la práctica de pruebas complementarias específicas, recogida de datos de campo, análisis y difusión de resultados junto con el nivel de AP.

- Finalmente, un tercer nivel, el del Comité de Expertos y Técnicos (CeyT), centralizado, multidisciplinario (con participación de psicólogos, educadores, trabajadores sociales y distintos especialistas médicos), dedicado al análisis de la información y la elaboración de recomendaciones dirigidas tanto a las Administraciones como a los niveles de atención directa (AP y UR)⁴⁷.

Figura 3. Interrelación entre Atención primaria, Unidades de Referencia y Comités de Expertos y Técnicos en la atención sanitaria global al niño adoptado en el extranjero.



Papel del pediatra de AP. Formulario de recogida de datos

La atención al niño adoptado en AP ha de ser ágil, completa y continuada; es compleja y necesita ser precisa, y por tanto sistematizada.

En el anexo 1 se presenta una propuesta de sistematización de la recogida de datos desde el nivel de atención directa en AP, con el doble propósito de servir de herramienta de uso interno para el control y seguimiento continuado de estos niños en el centro de salud, y también como instrumento de recogida de datos de campo para incorporar a bases de datos para estudios e investigaciones colaborativas. Está basada en las propuestas de De Aranzábal Agudo y cols¹¹ y debe tomarse como una propuesta inicial abierta a mejoras.

Conclusiones

La adopción internacional ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años en nuestro país, hasta el punto de llegar a ser el primer país de la Unión Europea y el segundo en el mundo en número absoluto de adopciones anuales en 2004. En ese año, las adopciones internacionales crecieron más de un 40% respecto al año anterior.

China, Rusia, Colombia, Ucrania y Rumanía han sido los proveedores prin-

cipales de niños para adopción llegados a nuestro país. Etiopía se ha incorporado recientemente a este grupo de lugares de origen más frecuentes.

Los niños de adopción internacional no son niños especiales, pero sí niños con necesidades específicas en el terreno de la salud. Las enfermedades infecciosas, las inmunizaciones, los factores de riesgo para el neurodesarrollo y adaptación social y las anomalías del estado de nutrición y crecimiento son los problemas principales que hay que evaluar, de forma ágil y precisa.

Es necesario promover la investigación en el terreno de las necesidades de salud de este grupo de niños, que dé lugar a recomendaciones prácticas fundadas en pruebas objetivas.

El papel de los pediatras de AP es fundamental tanto en la atención directa como en la participación en proyectos de investigación colaborativos.

Se propone un esquema de atención directa e investigación con estructuras y funciones a tres niveles, y una herramienta para la sistematización de la atención proporcionada por los pediatras de AP.

Agradecimientos

A Alberto Núñez López, Ángel Cortés Lozano, Gonzalo Oliván Gonzalvo, Julián Lirio Casado, Maite de Aranzábal Agudo,

Milagros García López-Hortelano, Victoria Fumadó Pérez y Francisco Rúa Vizoso. Sus aportaciones al Consenso en adop-

ción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios han servido de guía para la elaboración de este texto.

Anexo 1

Niños adoptados en el extranjero. Protocolo de recogida de información. Evaluación clínica, analítica y supervisión del desarrollo.

Datos que hay que recoger en los centros de AP con dos objetivos:

- Como una herramienta de uso interno para el control evolutivo de estos niños.
- Como instrumento de recogida de datos de campo para incorporar a bases de datos para estudios e investigaciones colaborativas.

Tabla de recogida de datos generales	1.ª visita	Visitas sucesivas*				
		2 m	4 m	6 m	12 m	24 m
A. Datos generales						
1. Nombre	X					
2. Fecha de nacimiento oficial	X					
3. Lugar de nacimiento (país, localidad)	X					
4. Sexo	X					
5. Fecha de llegada	X					
6. Edad en el momento de la llegada	X					
B. Familia adoptiva						
1. Madre/padre 1						
a. Edad	X					
b. Ocupación/profesión	X					
c. Enfermedades	X					
2. Madre/padre 2						
a. Edad	X					
b. Ocupación/profesión	X					
c. Enfermedades	X					
3. Hermano/a/s	X					
a						
b						

C. Antecedentes familia biológica

1. Madre						
a. Edad	X					
b. Ocupación/profesión	X					
c. Enfermedades	X					
2. Padre						
a. Edad	X					
b. Ocupación/profesión	X					
c. Enfermedades	X					
3. Otros	X					
4. Causa de la entrega/abandono	X					
5. Fecha de la entrega/abandono	X					

D. Gestación y parto

1. Control de la gestación	X					
2. Incidencias durante la gestación	X					
3. Parto; en hospital o domicilio	X					
4. Incidencias durante el parto	X					
5. Peso RN	X					
6. Talla RN	X					
7. Perímetro cefálico RN	X					
8. Hallazgos perinatales	X					
9. Otros datos	X					

E. Otros antecedentes personales

1. Lugares donde ha residido; familias, instituciones	X					
2. Enfermedades/problemas de salud						
a	X					
b	X					
...	X					
3. Alimentación recibida	X					
4. Calendario vacunal (fecha/edad/OK)*	X					

a BCG

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

b HB

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

c DTP (DTPe, DTPa)

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

d Polio (VPO, VPI)

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

e Sarampión

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

f TV

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

g Hib

N.º	Fecha/edad	OK
	../...	

h Otras

Tipo	Fecha/edad	OK
	../...	

5. Observaciones de la familia* X

F. Primera evaluación/ulteriores visitas*

1. Fecha	X	X	X	X	X	X
2. Edad	X	X	X	X	X	X
3. Observaciones de la familia*	X	X	X	X	X	X
4. Exploración física						
a. Peso	X	X	X	X	X	X
b. Talla	X	X	X	X	X	X
c. PC*	X	X	X	X	X	X
d. TA*	X			X		X
e. Hallazgos	X	X	X	X	X	X
5. Valoración nutricional*	X	X	X	X	X	X
a. IMC						
b. Peso para la talla						
6. Desarrollo puberal	X			X	X	X
a. Vello	X			X	X	X
b. Genitales/mamas	X			X	X	X
7. Desarrollo psicomotor para la edad	X	X		X	X	X
a. Global	X	X		X	X	X
b. Lenguaje	X	X		X	X	X
8. Adaptación social	X	X		X	X	X
9. Adecuación de la edad cronológica*	X					
10. Actualización inmunizaciones*	X	X	X	X	X	X

G. Pruebas complementarias generales*

1. Hemograma	X				
2. Bioquímica sérica					
a. Glucosa/urea/creatinina	X				
b. TGO/TGP/GGT	X				
c. FA/Ca/P	X				
d. Proteínas totales/albumina	X				
e. Fe/ferritina	X				
3. Mantoux	X	X			
4. Orina					
a. Bioquímica	X				
b. Sedimento	X				
5. Heces: parásitos*	X				
6. Serologías séricas					
a. Virus de la hepatitis B*	X	X			
b. Virus de la hepatitis C	X	X			
c. RPR para sífilis	X	X			
d. VIH	X				
7. Cribado endocrino-metabólico*	X	Opc			
8. Función tiroidea*	X	Opc			

H. Pruebas complementarias especiales*

1. Estudio de hemoglobinopatías*	Opc				
2. Urocultivo*	Opc				
3. Coprocultivo*	Opc				
4. Niveles de plomo en sangre*	Opc				
5. Serología de hepatitis A*	Opc				
6. Investigación de Plasmodium sp*	Opc				
7. Serología de enfermedad de Chagas*	Opc				
8. Otras*	Opc				
...					

I. Cribado sensorial*

1. Visual	X			X
2. Audición	X			X

J. Derivación especialidades*

...

* Ver tabla de observaciones y comentarios

X: obligado. Opc: opcional.

m: meses. RN: recién nacido. PC: perímetro cefálico. BCG: vacuna antituberculosis. HB: vacuna antihepatitis B. DTP: vacuna antidiarrea/tétanos/pertusis. DTPe: vacuna anti-DTP con el componente pertusis de células enteras. DTPa: vacuna anti-DTP con el componente pertusis purificado. TV: vacuna triple vírica. Hib: vacuna anti-Haemophilus influenzae tipo b. TA: tensión arterial. IMC: índice de masa corporal. TGO: transaminasa glutámico-oxalacética (AST). TGP: transaminasa glutámico-pirúvica (ALT). GGT: gamma-glutamyl-transferasa. FA: fosfatasa alcalina. Ca: calcio. P: fósforo. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Observaciones y aclaraciones al anexo 1

Primera evaluación: en la práctica incluye en general al menos dos visitas. Una primera de toma de contacto, recogida de datos y petición de pruebas complementarias. Una segunda para ver resultados, completar la evaluación y programar el seguimiento.

Visitas sucesivas: se refiere al tiempo que hay que contar desde la primera visita tras la llegada del niño a la familia adoptiva. El esquema propuesto es sólo tentativo y está basado en los intervalos óptimos para las eventuales revacunaciones. Las ulteriores visitas (después de los dos años tras la llegada) pueden individualizarse y adaptarse al programa de supervisión de la salud para la población infantil general.

No se incluyen otras actuaciones concretas necesarias de determinados niños en función de los hallazgos o antecedentes individuales.

Apartado	Comentarios
E2	Pruebas, diagnósticos, tratamientos
E4	OK = los datos se consideran veraces y la inmunización probablemente efectiva
E5	Observaciones de la familia en sus visitas y estancias en el país del menor previas a su recogida; lugar de residencia, alimentación, comportamiento, material audiovisual recogido
F	Primera visita (en la primera semana tras la llegada)
F3	Observaciones de la familia en los primeros días de estancia del menor en el nuevo entorno; alimentación, comportamiento, adaptación al medio
F4c	PC: una sola vez en mayores de 3 años
F4d	TA (si mayor de 3-4 años de edad)
F5	Utilizar el procedimiento idóneo
F9	Adecuación a la edad cronológica oficial
F10	Actualizar/completar el calendario vacunal según edad, dosis previas y calendario vacunal vigente
G	A todos los niños en la primera evaluación
G5	Tres muestras en días alternos
G6a	Virus de la hepatitis B; HBsAg, anti-HBs, anti-HBc
G7	Cribado endocrino-metabólico estándar de los RN (en menores de 6 meses)
G8	Función tiroidea; T4 total, T4 libre y TSH (en mayores de 6 meses, o si retraso físico o del neurodesarrollo o micro/macrocefalia)
H	Pruebas complementarias específicas en algunos niños según los datos: antecedentes, hallazgos clínicos, etc.
H1	Estudio de hemoglobinopatías (si anomalías en el hemograma, o síntomas/signos de sospecha)
H2	Si síntomas/signos de sospecha
H3	Si síntomas/signos de sospecha. Coprocultivo para Salmonella sp., Shigella sp., Campylobacter sp. y Yersinia sp.
H4	Niveles de plomo en sangre (si anemia refractaria a hierro, pica o retraso del neurodesarrollo)
H5	Serología de hepatitis A (IgM) (si síntomas/signos de sospecha)
H6	Investigación de Plasmodium sp.(si fiebre sin foco, anemia, esplenomegalia y procede de zonas endémicas)
H7	Serología de enfermedad de Chagas si viene de zona endémica y madre biológica con serología positiva o desconocida
H8	Investigación (serología, PCR, cultivo) de CMV, toxoplasmosis o rubéola (si síntomas/signos de sospecha) Serologías enfermedades inmunoprevenibles (sospecha de inmunodeficiencia, o en el marco de una investigación) Si eosinofilia, valorar: parásitos en orina, investigación de microfilarias en sangre periférica o piel
I	En la primera visita, mediante evaluación clínica global. Después al menos una vez por métodos objetivos o especialista.
J	Según hallazgos clínicos

Bibliografía

1. España, primer país de la Unión Europea y segundo del mundo en adopciones internacionales. *El Mundo*. 28 de abril de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elmundo.es/elmundo/2005/04/28/sociedad/1114696591.html
2. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A Meta-analysis. *JAMA*. 2005;293:2501-15.
3. Alfageme A. Sólo uno de cada cinco niños que se adoptan cada año es español. La mayoría de estos prohijados tiene más de tres años y problemas psíquicos o físicos. *El País*. 24 de agosto de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elpais.es/articulo/elpporsoc/20050824/elpepisc_3/Tes
4. Los españoles adoptaron 5.541 niños extranjeros en 2004, un 40% más que en 2003. La cifra es la más alta desde que se inició este proceso en 1997. *El País*. 24 de abril de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elpais.es/articulo/sociedad/espanoles/adoptaron/541/ninos/extranjeros/2004/2003/elpporsoc/20050428elpepusoc_3/Tes/
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. *Adopciones Internacionales 1997-2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en <http://sociales.mtas.es/SGAS/FamiliaInfanc/infancia/Adopcion/Adopcion.pdf>
6. Hernández Merino Á. Niños procedentes de adopción internacional; niños con necesidades especiales, pero no niños especiales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:545-51.
7. Núñez López A. Adopción: una mayor evaluación pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:665-9.
8. Oliván Gonzalvo G. Comparecencia de don Gonzalo Oliván Gonzalvo ante la Comisión Especial sobre la Adopción Internacional del Senado de España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:675-82.
9. Valerio M. Los niños adoptados en el extranjero se adaptan bien. *El Mundo*. 25 de mayo de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 16 abr 2006]. Disponible en www.elmundo.es/elmundosalud/2005/05/24/pediatria/1116959752.html
10. Corral Zabala M. Abandonados por segunda vez. *El País*. 20 de abril de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elpais.es/articulo/cataluna/Abandonados/segunda/vez/elpepiatcat/20050620elpecat_13/Tes/
11. De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino Á, Lirio Casado J, Oliván Gonzalvo G. Consenso en Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA/Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y el Acogimiento; 2005. [actualizado en febrero de 2006] [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm
12. Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med*. 1991;325:479-85.
13. Miller LC. Caring for internationally adopted children. *N Eng J Med*. 1999;341:1539-40.
14. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr*. 2001;55:135-40.

15. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. *Clin Infect Dis*. 2005;40:286-93.
16. WHO. The world health report 2005: make every mother and child count. [en línea] [consultado el 22 abr 2006]. Disponible en www.who.int/whr/2005/en/
17. Staat MA. Infectious disease issues in internationally adopted children. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:257-8.
18. Chen LH, Barnett ED, Wilson ME. Preventing diseases during and after international adoption. *Ann Inter Med*. 2003;139:371-8.
19. Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gómez-Duarte C, Pablo SG, Alonso M, et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics*. 2001;108:608-12.
20. American Academy of Pediatrics. Pickering L, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
21. Staat MA. Infectious disease issues in internationally adopted children. *Pediatr Infec Dis J*. 2002;21:257-8.
22. Ashai-Khan FN, Rivera-Bennett MT, Nicpon JJ, Paul LE. H. Pylori Infection in internationally adopted children. *J Pediatr Gastroenterol Nut*. 2004; 39 Suppl 1:S255.
23. Miller LC, Kelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic prevalence of antibodies to helicobacter pylori in internationally adopted children. *Helicobacter*. 2003;8:173-8.
24. García-Mauricio AA, Asensi Botet F, Arístegui Fernández J, Álvez González F, del Castillo Martín F, García de Miguel MJ, y cols; Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección tuberculosa latente en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:59-65. [consultado el 21 abr 2006]. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13083834>
25. Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted tuberculin skin testing and treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114:1175-201. [consultado el 21 abr 2006]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/4/S2/1175>
26. Mandalakas A, Starke JR. Tuberculosis screening in immigrant children. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:71-2.
27. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System 2005 Global summary. [actualizado el 8 oct 2005] [consultado el 20 abr 2006]. Disponible en www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm
28. Miller LC, Comfort KPT, Kelly N. Immunization status of internationally adopted children. *Pediatrics*. 2001;108:1050-1.
29. American Academy of Pediatrics. Inmunizaciones activas y pasivas. En: Pickering LK, ed. Red Book (Libro Rojo). Memoria del Comité de Enfermedades Infecciosas para 2003. 26 ed. México: Intersistemas; 2004. p. 1-107. [en línea] [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org/spanish/s/#SECCIÓNINMUNIZACIONESACTIVAYPASIVAS>
30. Fumadó Pérez MV, Corretger Rauet JM. Vacunación de niños inmigrantes y adoptados internacionalmente. En: De Aristegui J, ed. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. p. 829-33.
31. Bernaola Iturbe E, Giménez Sánchez F, Baca Cots M, de Juan Martín F, Díez Domingo J, Garcés Sánchez M, y cols. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de vacunación de la Asociación Española de Pe-

diatría: recomendaciones 2006. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:74-7. [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en www.vacunasaeop.org/profesionales/calendarioaep.htm

32. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario de vacunaciones recomendado (aprobado el 29 de marzo de 2006). [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/c2006.pdf

33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Calendarios de vacunación recomendados en las comunidades autónomas. [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/programa/vacunaciones.htm

34. Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Comfort K, Tirella L, et al, and the Boston-Murmansk Orphanage Research Team. Fetal alcohol spectrum disorders in children residing in Russian orphanages: a phenotypic survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30:531-8.

35. Gronlund MA, Aring E, Hellstrom A, Landgren M, Stromland K. Visual and ocular findings in children adopted from eastern Europe. *Br J Ophthalmol*. 2004;88:1362-7.

36. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:40-4.

37. Mason P, Narad C. Growth and pubertal development in internationally adopted children. *Curr Opin Endocrinol Diabetes*. 2002;9:26-31.

38. WHO. The WHO Child Growth Standards. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS) [actualizado el 27 abr 2006] [consultado el 30 abr 2006]. Disponible en www.who.int/childgrowth/mgrs/en/

39. Stauffer WM, Maroushek S, Kamat D. Medical Screening of Immigrant Children. *Clin Pediatr*. 2003;42:763-73.

40. Boone JL, Hostetter MK, Weitzman CC. The Predictive Accuracy of Pre-Adoption Video Review in Adoptees from Russian and Eastern European Orphanages. *Clin Pediatr*. 2003;42:585-90.

41. Bakker J, Horsthuis K, Cobelens FJ, Beek F, Schulpen T. Value of routine chest radiography in the medical screening of internationally adopted children. *Acta Paediatr*. 2005;94:366-8.

42. Hernández Merino Á, Núñez López A, Cortés Lozano A, Oliván Gonzalvo G, Lirio Casado J, de Aranzábal Agudo M, y cols. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Resumen estructurado. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 2:S41-53.

43. De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino Á, Lirio Casado J, y cols. La salud en la adopción. Guía para familias. Madrid: CO-RA/Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y el Acogimiento; 2005. [actualizado en febrero de 2006] [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm

44. Martín Ruano A, Pérez García I, Rodríguez Recio MJ, Lleras Muñoz S, De la Iglesia Rodríguez P. Guía de asistencia sanitaria a los niños procedentes de adopción internacional. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2006. [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1145463341817&idContent=109305&locale=es_ES&textOnly=false

45. Gobierno de La Rioja. Documento informativo sobre adopción. Logroño: Gobierno de La Rioja; 2000. [consultado 19 abr 2006]. Disponible en www.larioja.org/web/centrales/servicios_sociales/pdf/adopcion.pdf

46. Adoptia; guía de postadopción para familias. Y ahora que ya ha venido, ¿qué hacemos? Vitoria-Gasteiz; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005. [con-

sultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r402175/es/contenidos/informacion/adoptia/es_10732/adjuntos/ADOPTIAC.pdf

47. Lirio Casado J. Comparecencia ante la Comisión Especial del Senado sobre la adopción internacional. Informe de la Co-

misión 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 ww.senado.es/legis7/publicaciones/html/textos/I0775.html

