



## ADOPCIONES INTERNACIONALES

Algunos cambios socioculturales acontecidos en nuestra sociedad y una mejor organización, han hecho que las adopciones internacionales aumenten en los últimos años, siendo la procedencia de estos niños en su mayoría, de países menos favorecidos económicamente y en ocasiones situados en el trópico o subtropical.

Por estos motivos, cada vez con más frecuencia **el pediatra puede encontrarse ante enfermedades infecciosas importadas**, que deberá orientar adecuadamente lo más precozmente posible. Además se encontrará ante **pacientes con antecedentes desconocidos**, que provienen de países donde enfermedades infecciosas de distribución mundial son mucho más prevalentes que en nuestro entorno, y **anteniños que probablemente no han recibido cuidados perinatales**, ni ellos ni sus madres biológicas, ni tampoco les han sido administradas las inmunizaciones habituales y obligatorias en nuestro país, o pueden haber recibido otras.

Los niños adoptados en el extranjero tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo, psicopatológicos y de adaptación social, por estar y/o haber estado expuestos a múltiples factores de riesgo.

## LA PRE-ADOPCIÓN

La **información médica y sociosanitaria preadoptiva** que se ofrece y se obtiene de estos niños es, en general, **deficiente**. En muchos casos, el conjunto de deficiencias en la información es tan grande, que la evaluación del informe, no permite identificar la existencia de problemas médicos pasados, ni la necesidad presente o futura de evaluaciones y tratamientos médicos o quirúrgicos, ni tampoco la existencia de factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo del niño a largo plazo, o de manera irreversible.

En definitiva, en la mayoría de los casos **no es posible evaluar el estado real de salud física y mental del menor a adoptar, a través del informe**.

La adopción internacional es un proceso largo, en ocasiones complicado, y que involucra a toda la familia. La decisión, los trámites y preparativos, el viaje, y después, la llegada del niño adoptado, constituyen hechos que marcan la dinámica familiar, modifican la agenda y el ritmo de todos los miembros de la familia, y puede generar nuevas dificultades a superar.

### ➤ OBJETIVO

La **visita preadoptiva** puede ser útil para ayudar a las familias a prepararse para afrontar situaciones complicadas y ayudar a interpretar informes y diagnósticos. El objetivo de esta valoración es intentar descartar grandes patologías, malformaciones o enfermedades muy evidentes y traducir esta información a los padres. Nunca tendremos la seguridad absoluta de ausencia de patología. Ni el

aspecto saludable del niño en algún medio audiovisual o fotografía y la interpretación de un informe, no puede en ningún caso descartar totalmente la presencia de patología. Pero el pediatra puede ayudar a valorar el informe y hacerlo comprensible a los padres.

## 📌 INFORME

En ocasiones se dispone de un informe en la asignación del niño, en la mayoría de países esta información es muy escueta. El informe suele contener **escasos datos perinatales**, alguna información sobre el **examen físico** del niño, en ocasiones **alguna analítica**, y **antecedentes de enfermedades** padecidas, pero el informe puede variar dependiendo del país de procedencia y en algunos países, ni si quiera existir.

### ■ Rusia y exrepúblicas Soviéticas

Rusia y otras exrepúblicas Soviéticas son **los que más informes ofrecen** previos a la adopción y en el momento del proceso. Estos informes ofrecen una **información confusa**. Mencionan diagnósticos de origen neurológico, que de ser ciertos comportan mal pronóstico, y graves alteraciones del Sistema Nervioso Central. La terminología utilizada en estos informes es diferente de la utilizada en nuestro país. **Los niños proceden de sectores de la sociedad con graves distocias sociales**, drogadicción, violencia, malos tratos, prostitución alcoholismo, que comportan abandono y posterior ingreso en una institución y un riesgo extra en la adopción. Los informes habitualmente incluyen **lasserologías de las enfermedades transmisibles y el calendario vacunal**.

### ■ China

La **información** que contiene el informe médico chino es **escasa**, en ocasiones se puede obtener este informe antes de la adopción, pero no siempre. Este informe puede contener información de la **exploración física** del niño/a, y una **analítica** que suele descartar algunas de las enfermedades de transmisión materna. Los orfanatos ofrecen poca información de los niños, que han sido abandonados en los primeros meses de vida, debido a la política de "un hijo único". Ofrecen una **información más amplia sobre los hábitos del niño** adoptado pero no siempre es cierta. Respecto a las **vacunaciones** existe **gran variabilidad** dependiendo de la región y el orfanato, pero en los últimos años ha mejorado la cobertura vacunal.

### ■ Etiopía y Mali

Los informes de **Etiopía** son escasamente **una hoja** que contiene información del **examen físico** del niño y los resultados de las **serologías** para descartar **las enfermedades de transmisión materna**. **Mali** aporta un **informe similar**, del resto de países africanos es difícil obtener informe. Muchos de estos **niños son huérfanos** y sus padres fallecieron por accidente o enfermedad.

### ■ Colombia y otros países de Sudamérica

De la mayoría de países de Sudamérica **no se suele obtener informes previos** a la adopción. En ocasiones se puede conseguir esta información previa de Colombia. **La pobreza, la falta de recursos, la fecundidad** que lleva a tener familias numerosas son los motivos más frecuentes por los que **los niños acaban en familias de acogida (frecuentes) o instituciones**, que son muy poco masificadas, con lo que el cuidado es más personalizado. Normalmente el **calendario vacunal** que aportan es **correcto y fidedigno**.

### ■ Subcontinente Indio

Existe **poca información previa a la adopción**, aunque en algunas ocasiones se puede conseguir dependiendo de la institución y entonces aportan información del examen físico del niño y también una analítica. La mayoría de las **instituciones** tienen **escasos recursos** y están **masificadas** siendo imposible la atención y la estimulación individual. La **vacunación** suele ser **insuficiente en estos niños**.

### 🔴 VIAJE

El viaje y la estancia en el extranjero, pueden implicar riesgos, en su mayoría prevenibles, ya que se estará más expuesto y **se pueden adquirir enfermedades transmisibles**. Por ello, es necesario asesorarse sobre las medidas necesarias para evitarlas o prevenirlas. (Normas, vacunas y quimioprofilaxis)

Cuidar al menor adoptado en el extranjero implica tener unos conocimientos elementales sobre la alimentación y la higiene según la edad, conocer algo sobre enfermedades infantiles comunes y tener conocimientos mínimos de como actuar frente a trastornos de adaptación frecuentes en el niño post-institucionalizado.

También será útil disponer de un **botiquín de viaje**, conocer el contenido y sus normas de utilización.

### 🔴 BOTIQUÍN

Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional:

- Paracetamol y/o ibuprofeno
- Suero fisiológico ( monodosis)
- Antibiótico oral de amplio espectro (p.ej. Kofron suspensión)
- Colirio antibiótico
- Suero de rehidratación oral hiposódico
- Crema antibiótica (p. ej. Menaderm clío)
- Crema de corticoides (p. ej. Batmen)
- Crema de protección solar
- Repelentes de insectos
- Loción de permetrina al 1% (para piojos)
- Crema de permetrina al 5% ( para sarna)
- Medicación para el mareo
- Antihistamínico oral (p. ej. Azomyr jarabe/Alerlisin gotas)
- Termómetro
- Tiritas, esparadrapo y gasas estériles

- Jeringuillas calibradas (5 y 10 cc)
- Betadine solución o en crema
- Fastum gel
- Spasmocetyl pediátrico

#### **Para el cuidado y la alimentación infantil:**

- Crema hidratante corporal
- Crema para el área del pañal, con óxido de Zinc
- Gel infantil y esponja
- Pañales y toallitas húmedas
- Biberón y tetinas según la edad
- Leche adaptada, según la edad
- Cereales y potitos, según la edad
- Termo para líquidos y purés
- Cuchara, cuenco, vaso adaptado y baberos

Las cantidades, dependerán de la edad del niño, días de estancia y la posibilidad de adquirir los productos en el destino.

## **EVALUACIÓN MÉDICA**

Alrededor de un **10-15%** de los niños procedentes de adopción internacional presenta a su llegada problemas de salud física y/o mental no reconocidos o sospechados antes de la adopción.

Las **enfermedades infecciosas** están presentes hasta en un **45%** de estos niños, y existe el riesgo, aunque bajo, de transmisión a otros miembros de la familia o de la comunidad.

La adaptación del menor a su nueva familia y entorno social es un proceso también a veces prolongado y complejo, aunque en la mayoría de los casos tiene un final satisfactorio.

Por ello, en el niño adoptado en el extranjero es **indispensable realizar una evaluación médica tras su llegada** para diagnosticar y tratar precozmente los problemas de salud física y/o mental y planificar el seguimiento médico. Y facilitar la adaptación emocional, y social a la nueva familia.

## **PROBLEMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS ADOPTADOS EN EL EXTRANJERO**

Los niños procedentes de adopción internacional no constituyen un grupo homogéneo.

Las procedencias de los niños, pueden variar y dependen de la decisión de los padres, en ocasiones de situaciones políticas en su país de origen, o de la gestión de entidades que promueven la adopción en nuestro país.

La diversidad y heterogeneidad de este grupo hace difícil establecer una tabla general precisa y representativa de los problemas de salud de estos niños. Pero es cierto que existen unas **patologías comunes y más frecuentes**, por unos riesgos parecidos y por una procedencia que coincide, de **países de baja renta**.

## EL EXAMEN DE SALUD EN EL NIÑO ADOPTADO

En ocasiones la elaboración de una buena historia clínica puede estar dificultada por la falta de antecedentes conocidos, o por informes tipos que confunden, al repetirse de un niño a otro.

Además de los datos de filiación habituales **será importante hacer constar:**

- el país de origen y la región del país
- patología determinada genéticamente, que puede predisponer a patología infecciosa.
- la fecha que abandonó el país de origen
- antecedentes de embarazo, parto y patología neonatal
- calendario vacunal, comprobando si se administró BCG (por cicatriz en el deltoides), antihepatitis B, y si se administró triple vírica o sólo vacuna anti-sarampión.

En la **exploración física por aparatos** tendrá especial relevancia:

- la valoración del estado nutricional, desarrollo ponderoestatural y la dentición
- la exploración cutánea, coloración, manchas hipo-hiperpigmentadas, lesiones en cuero cabelludo, escabiosis.
- la exploración de mucosas
- la búsqueda de adenopatías o nódulos cutáneos
- la exploración abdominal para descartar visceromegalias
- la exploración cardiorrespiratoria
- el desarrollo psicomotor y cognitivo

Las **determinaciones de laboratorio** variarán si el niño está asintomático o sintomático.

**Cribaje de laboratorio en niños asintomáticos:**

- Hemograma,
- Recuento y fórmula, especial relevancia puede tener el número de eosinófilos totales
- Estudio del hierro

- Calcio, Fósforo, Fosfatasas alcalinas
- Estudio de hemoglobinas (según el país de origen)
- Bioquímica básica (funcionalismo renal y hepático)
- PPD
- Radiología de tórax (si PPD positivo)
- Serologías hepatitis B y C, anticuerpos totales para hepatitis A
- Serología luética
- Serología HIV
- Serología Chagas (si procede de áreas endémicas)
- Gota gruesa y extensión fina (si el niño hace menos de un año que está fuera de una zona endémica)
- Parásitos en heces (3 muestras de días alternos)
- Sedimento (parásitos en orina), si viene de zona endémica de esquistosomiasis y/o presenta hematuria
- Coprocultivo (en caso de diarrea)
- TSH, T4, y fenilalanina , según la edad

## ❖ SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS DE IMPORTANTE CONSIDERACIÓN

- Fiebre aguda y fiebre prolongada de origen desconocido
- Diarrea aguda
- Diarrea persistente
- Tos persistente
- Esplenomegalia
- Prurito cutáneo
- Lesiones cutáneas permanentes o migratorias, nódulos subcutáneos, edemas migratorios
- Adenopatías
- Quistes y abscesos
- Dificultad respiratoria
- Anemia
- Eosinofilia
- Hematuria
- Hepatopatía

El examen médico de los niños adoptados debe ir orientado a detectar otros procesos, además de la búsqueda sistemática de enfermedades infecciosas. Por lo que se deben practicar exploraciones ópticas y auditivas, y valorar el estado nutricional y el desarrollo psicomotor del niño.

## ❖ ESTADO NUTRICIONAL

En la exploración física tiene especial relevancia la valoración del estado nutricional. La **desnutrición** se puede producir bajo **dos formas clínicas** bien diferenciadas, aunque son frecuentes las formas intermedias. Si el déficit nutricional es **debido a una ingesta calórica insuficiente** (déficit energético) dará lugar **en grados extremos al marasmo**. Si la **carencia es fundamentalmente proteica**, la descompensación es más rápida y la expresión clínica será una desnutrición menos

avanzada, pero con edemas y signos carenciales severos, propios de la **hipoproteinemia, kwashiorkor**.

La **obtención de medidas antropométricas** (peso, talla, pliegue tricipital y perímetro craneal en los lactantes) es importante y una medida objetiva que nos permite la clasificación del estado nutricional, aunque estas medidas se comparen con gráficas de desarrollo pondo-estatural de la población del país receptor, que no pertenece a la misma etnia. Tomar estas medidas nos permitirá sobre todo, el **control evolutivo del estado de nutrición del niño**.

La exploración e inspección detallada del niño son imprescindibles para la valoración y orientación de la desnutrición y las posibles carencias asociadas.

**Los problemas de mal absorción se deben tener en cuenta.** La **intolerancia a la lactosa** no es una entidad rara entre grupos de inmigrantes de África y Asia, y es relativamente común encontrarla después de tratar infecciones intestinales por protozoos (*Giardia lamblia*)

## ❶ DESARROLLO PSICOMOTOR

En la valoración del desarrollo psicomotor es importante tener en cuenta las **variables socioculturales**. En consecuencia, la adquisición de algunos hitos de desarrollo puede variar, y no coincidir con la referencia que conocemos de nuestra población. Por otro lado existen datos que indican que los **niños adoptados que han estado en orfanatos tienen un desarrollo psicomotor que corresponde a edades inferiores**, siendo este retraso reversible, con afecto y estimulación adecuada. Sin embargo no hay que infravalorar estos hallazgos y es primordial la **medida del perímetro craneal** en todos estos niños. El hallazgo de **microcefalia** obliga al **estudio de títulos de anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis y sífilis**.

El estudio serológico para el citomegalovirus es más discutido, ya que la presencia de IgG puede indicar la adquisición en útero, transmisión perinatal u horizontal más tarde, existiendo una prevalencia elevada en toda la población, sin traducción clínica.

Ante la presencia de **macrocefalia y retraso psicomotor** debe **descartarse** la **toxoplasmosis** y sobre todo el **hipotiroidismo**.

## ❷ 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 espectro alcohólico-fetal.

### ■ Déficits sensoriales

Alta prevalencia de estrabismo, en muchos casos por falta de estimulación y otras anomalías visuales.

## ❖ LESIONES CUTÁNEAS Y DE MUCOSAS

### ■ Ectoparásitos y Micosis

En el examen inicial es aconsejable la exploración exhaustiva para ectoparásitos; la **escabiosis** y la **pediculosis capitis** son patologías frecuentes. La **Tinea corporis** y **Tinea capitis**, son hallazgos frecuentes en la exploración cutánea del niño adoptado, será necesario realizar tratamiento oral.

### ■ Filarias

Debemos insistir en la **búsqueda de adenopatías**, y **denódulos cutáneos en cresta ilíaca o meseta tibial** si el niño viene de una región endémica de **oncocercosis**. El **prurito** y la presencia de lesiones de **rascado**, nos debe hacer **sospechar** la presencia de **filarias**. Esta patología no es frecuente, hemos de pensar en ella en niños africanos con prurito, piel muy seca e/o historia de edemas.

### ■ Miasis

La miasis es una infección cutánea en **personas que proceden de África**, que cursa como **forunculosis**, es debida a la larva de la mosca *Cordylobia anthropophaga* que penetra activamente a través de la piel. El tratamiento es la oclusión del orificio con pomada de vaselina y extracción del parásito a las 36h. por presión. La **persistencia de la larva puede ocasionar celulitis y abscesos**. Se puede evitar la infección planchando la ropa.

### ■ Tunguiosis

En la exploración del niño adoptado debemos **explorar con detenimiento los pies**, ya que si el niño no ha utilizado habitualmente calzado podemos encontrar una infección local con irritación que provoca **dolor y prurito**, es **debido a un ectoparásito (pulga)**, la *Tunga penetrans*, que se localiza preferentemente en los pies y cuyo tratamiento es la extracción. La encontramos distribuida por **África, Sudamérica y Lejano Oriente**.

### ■ Larva migrans

Las larvas del *Ancylostoma Braziliense* y *Ancylostoma caninum*, parásitos intestinales de perros y gatos, pueden penetrar en la piel del hombre ocasionando una dermatitis pruriginosa debido al avance de la larva. Se observa habitualmente en **pies** o en **parte distal de las extremidades inferiores**, es una **lesión filiforme y serpiginosa**, que puede producir **prurito**. La encontramos en recién llegados de áreas tropicales o subtropicales con antecedentes de exposición (caminar sin calzado).

### ■ Leismania cutánea

La leishmania cutánea es la más importante de las enfermedades dermatológicas parasitarias del trópico. La ***L. tropica*, *L. mexicana* y *L. braziliensis*** causan las **formas cutáneas** originando pápulas ulceradas con exudado seroso. ***L. braziliensis* puede originar también las formas mucocutáneas** caracterizadas por una lesión ulcerativa primaria, seguida después de meses y hasta años, de lesiones destructivas en mucosa nasofaríngea. Las pruebas serológicas no son tan útiles en el diagnóstico de la leishmania cutánea, como lo es el test cutáneo de Montenegro, o la tinción de Giemsa de extensiones de un aspirado o de la impronta de una biopsia procedente de lesiones mucocutáneas.

#### ■ Enfermedad de Chagas

Las lesiones cutáneas sólo se observan en la infección aguda de la enfermedad, es producida por el ***Trypanosoma cruzi*** y transmitida a través de los chinches. En el **lugar de la inoculación** puede aparecer el **chagoma** (chancro trypanosomal) y acompañarse de una **aerupción maculopapular**.

En los **niños que proceden de poblaciones endémicas (Centro América y Sudamérica)**, si son portadores, no presentarán lesión cutánea alguna y estarán asintomáticos, se debe **realizar siempre la serología específica**, ya que la enfermedad a largo plazo es fatal. Se iniciará el tratamiento con dos serologías positivas.

#### ■ Lepra

La lepra es una enfermedad crónica que afecta la piel y el sistema nervioso periférico. Se manifiesta con un gran espectro clínico, desde formas localizadas a difusas. Es producida por el ***Mycobacterium leprae*** y transmitida de persona a persona o por fómites contaminados. El **periodo de incubación puede ser de 3 a 5 años**, por tanto puede manifestarse en los niños inmigrantes años después de llegar al país receptor, esto obliga a buscar lesiones cutáneas y palpar los nervios, en la exploración física. La vacunación con BCG (Bacille Calmette-Guérin) proporciona hasta un 50% de protección contra la lepra.

### 🔴 ANEMIAS Y HEMOGLOBINOPATÍAS

En todos los niños debe realizarse un **hemograma completo** para la detección de anemia y hemoglobinopatías.

#### ■ Déficit de hierro

El déficit de hierro es la forma más común de malnutrición en el mundo. La **anemia ferropénica es altamente prevalente en los países de baja renta (PBR)**. El déficit de hierro no es la única causa de anemia, pero cuando la anemia es prevalente, el déficit de hierro es la causa más frecuente.

La anemia ferropénica es más prevalente y grave en lactantes y niños pequeños (6-24 meses de edad)

El déficit de hierro generalmente se desarrolla lentamente y no tiene manifestaciones clínicas hasta que la anemia es grave, aunque las consecuencias

de este déficit existan previamente. Por tanto **está indicado realizar un estudio del hierro en el primer examen y tratar con hierro oral según los resultados.**

**La malaria a su vez es una causa importante de anemia en los niños que viven en áreas endémicas,** la anemia es causada por la hemólisis de los hematíes en combinación con la supresión de la eritropoyesis.

La anemia hemolítica debe sospecharse delante de una anemia normocítica e hipocroma con aumento de urobilina y bilirrubina en orina, esta patología tiene una incidencia más alta en el África Sub-sahariana.

#### ■ **Déficit de Glucosa- 6-fosfatodeshidrogenasa (G6PD)**

Es un **déficit enzimático que se transmite ligado al sexo**(cromosoma X) y se expresa clínicamente en los hombres homocigotos y en las mujeres heterocigotas (portadoras).

Las **manifestaciones clínicas** son las de un síndrome anémico agudo intenso, con **cefalea, fiebre, ictericia**, que aparece poco después de administrarse determinados medicamentos o padecido infecciones, o bien haber ingerido habas (favismo). El **tratamiento es paliativo** y se ha de evitar el contacto con los factores desencadenantes.

La detección del enzima G6PD es importante en el caso que se deba realizar un tratamiento antimalárico con primaquina. (Fármaco de elección para tratar las formas intrahepáticas del *Plasmodium vivax* y *ovale*)

#### ■ **Anemia de células falciformes**

Puede estar indicada su búsqueda sistemática en niños del África Sub-sahariana, o del Caribe, donde su prevalencia es más alta, en determinadas zonas de África oscila entre el 5 y el 40% Es una **hemoglobinopatía estructural** o cualitativa, que **se transmite de forma autosómica dominante**. Los homocigotos presentarán anemia de células falciformes. La anemia se manifiesta como una **anemia crónica con crisis agudas de dolor óseo e infecciones bacterianas y víricas de repetición**. El diagnóstico se realiza mediante la electroforesis de hemoglobinas. El **tratamiento** consiste en **evitar las crisis de dolor y corregir la anemia (no se ha de tratar con hierro)**.

Las forma heterocigotas no presentan características particulares, excepto en situación de hipoxia.

#### ■ **Talasemias**

Los síndromes talasémicos o por alteración cuantitativa, son **enfermedades de transmisión autosómica codominante**, frecuentes en la cuenca del Mediterráneo, subcontinente Indio y Sudeste Asiático.

Los síndromes más frecuentes son la **Talasemia beta mayor** que se manifiesta en los homocigotos, se detecta en los primeros meses de vida y se expresa clínicamente por **sobrecarga de hierro**. El tratamiento consiste en un seguimiento

por un servicio de hematología y precisan transfusiones de sangre. La **Talasemia beta menor**, es la **más frecuente**. Su expresión clínica es más evidente en casos de infecciones, embarazo y situaciones de estrés. No tiene tratamiento específico, **se aconseja la administración periódica de ácido fólico**.

En los **niños del Sudeste Asiático se puede encontrar Hemoglobina E**.

El hallazgo de anemia nos debe alertar sobre la posibilidad de déficits dietéticos, nemátodos intestinales (sobre todo ancylostoma), malaria, otras infecciones crónicas, o causas genéticas.

## ➤ **OTRAS PATOLOGÍAS**

### ■ **Hepatitis vírica**

**Una gran proporción de niños de países de baja renta (PBR) ha contraído la hepatitis A en edades tempranas**, por lo que hay pocos motivos para solicitar anticuerpos para este virus en ausencia de sintomatología sugestiva de hepatitis A (hepatomegalia, ictericia, anorexia, fiebre, y transaminasas elevadas).

La **prevalencia de Hepatitis B en los PBR es alta**, esto se traduce en un alta prevalencia entre los niños inmigrantes y adoptados internacionalmente, que puede oscilar entre 5-30%, los índices más elevados corresponden a niños procedentes de Asia, África y algunos países de Europa Oriental. Entre los niños adoptados es frecuente que se haya determinado la presencia de HBsAg, pero sólo esta prueba es insuficiente para conocer el estado de portador, esto suele ser un error frecuente. Los niños deben ser examinados para determinar la presencia de HBsAg, anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs) y anticuerpos contra el núcleo del VHB (anti-HBc). Las pruebas de detección de HbsAg y anti-HBs no identifican a los niños que se encuentran en el "periodo ventana" de la infección aguda, en estos casos el diagnóstico se establecerá por la presencia de anti-HBc y la ausencia de HbsAg.

El **estado de portador crónico de la hepatitis B** se define como la persistencia del HbsAg durante más de 6 meses, confirmado por la presencia de IgG anti-Hbcore. En los portadores debemos evaluar la infecciosidad (mediante la determinación de hepatitis Be antígeno, delta virus) y hepatitis activa crónica (mediante la determinación de enzimas hepáticas)

El 90% de los niños que contraen la hepatitis B durante los primeros 12 meses de vida, desarrollarán una hepatitis crónica y de estos del 15 al 25% sufrirán las complicaciones de la hepatitis B, incluyendo cirrosis y carcinoma hepatocelular

**Cuando diagnostiquemos un portador crónico hay que vacunar a los contactos domiciliarios, realizando estudio serológico previo**. Los niños cuyas pruebas para hepatitis B resulten negativas deben recibir la vacunación rutinaria contra la hepatitis B.

La **hepatitis D**, sólo se produce en presencia de replicación activa del VHB, es poco frecuente, pero su prevalencia es más alta en Europa Oriental, África, América del Sur, y Oriente Medio.

La **hepatitis C** se puede transmitir también verticalmente de la madre al niño, o por transmisión horizontal por exposición con sangre. **La presencia de anticuerpos en niños de más de 15 meses es diagnóstico de infección**, este diagnóstico se debe confirmar con la medición del HCV RNA. Hepatitis virales. La hepatitis C es también una infección de distribución mundial; el riesgo se estima menor del 1,3%, aunque los datos disponibles son escasos

#### ■ Sífilis

**En los PBR es frecuente la sífilis congénita** y suele cursar sin diagnóstico ni tratamiento adecuado. Los informes preadoptivos de algunos países del este de Europa señalan una prevalencia 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.

En los niños adoptados en el extranjero debe evaluarse la presencia de sífilis mediante pruebas serológicas fiables. Las recomendaciones de la OMS, son realizar el estudio serológico con pruebas reagínicas, (VDRL, o RPR) y con pruebas treponémicas (FTA-ABS). Si se confirma ambas pruebas positivas debe evaluarse en busca de signos de sífilis congénita, incluyendo radiografía de huesos largos y prueba de VDRL en líquido cefalorraquídeo. El tratamiento se hará con penicilina G durante 14 días.

#### ■ Infección por VIH

El riesgo de presentar infección por VIH en niños adoptados dependerá del país de origen y los riesgos individuales. Actualmente el virus es endémico en todo el mundo aunque los PBR, tienen menos medidas de control y terapéuticas, por lo que la epidemia es más devastadora en estos países, sin conseguirse disminuir el número de casos por año, sino todo lo contrario aumentando. El riesgo de infección por el VIH se considera en general muy bajo (menor del 0,16%). **En el primer examen todos estos niños deben ser testados para la presencia de VIH**, no deben considerarse fiables los resultados de pruebas realizados en el país de origen.

Existen diferentes pruebas para medir los Ac para VIH-1 y VIH-2.

La prueba enzima inmuno ensayo (ELISA) para la detección de Ac de VIH es fácil y barata. Sin embargo utilizar sólo este test para niños recién llegados puede no identificar una infección reciente. Por esta razón se debe recomendar testar VIH-1 Y VIH-2 por Elisa y estudiar por PCR (polimerasa chain reaction) o por cultivo, la presencia de DNA VIH-1. El estudio de los anticuerpos y la viremia nos permite diagnosticar una infección reciente.

Si se realizan sólo pruebas de determinación de anticuerpos, se deberían repetir de 4 a 6 meses después de la llegada, para identificar a los niños que se hayan estudiado durante el periodo en que son aún seronegativos.

## 📍 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

### ■ Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad de fácil contagio casual, que en las últimas décadas ha aumentado asociada al VIH. La tasa de infección por cada 100.000 habitantes es cuatro veces más en los PBR, que en los núcleos urbanos de nuestro país. El procedimiento correcto para el estudio de estos niños es la **realización de la prueba de tuberculina** (PPD, purified protein derivative) de forma rutinaria. La mayoría de los niños en los PBR reciben la vacuna BCG, este dato puede interferir en la lectura de la prueba del PPD, pero no excluye su realización. Las radiografías sistemáticas de tórax en niños asintomáticos y con PPD negativo, no están justificadas.

**Los niños con PPD positivo deben ser examinados en busca de enfermedad activa.** Las formas extrapulmonares y diseminadas son muy frecuentes en niños procedentes de PBR.

**La detección de un caso de tuberculosis en un niño adoptado obliga al estudio de los familiares** para descartar una fuente de contagio y la infección en otros convivientes, a pesar de que los niños son poco bacilíferos.

Previo al inicio del tratamiento, se intentará aislar el microorganismo y determinar su sensibilidad, ya que la prevalencia de resistencias es elevada en los PBR.

### ■ Melioidosis

Los niños procedentes del Sudeste asiático pueden presentar una melioidosis que se puede manifestar como una **neumonía o parotiditis en ocasiones acompañada de septicemia**. Es producida por la *Burkholderia pseudomallei*, ubicua en el suelo. En las áreas endémicas la seroconversión ocurre en el 24% de los niños comprendidos entre edades de 6 a 42 meses por año, con infecciones sintomáticas en niños menores de un año. El organismo puede aislarse en sangre u otros tejidos, pero el test de hemoaglutinación indirecta es sencillo y práctico en niños. La enfermedad es más severa en niños pequeños. El tratamiento de elección es ceftazidima.

### ■ Malaria

La enfermedad se encuentra distribuida por 103 países del trópico y del subtropical. Aproximadamente de 200 a 300 millones de personas se infectan cada año y 2 ó 3 millones mueren, el 85% de los cuales son niños menores de 5 años. Es producida por un protozoo intracelular, el *Plasmodium*, existen cuatro especies que pueden infectar al humano, *Plasmodium falciparum*, *vivax*, *ovale* y *malariae*. La transmisión se realiza a través de la picada de la hembra del mosquito Anopheles.

El patrón febril de los primeros días de infección es parecido a otras enfermedades bacterianas, virales o parasitarias, este dato no debe hacer confundir al pediatra, que debe descartar siempre la presencia de parásitos en sangre en niños con fiebre procedentes de un área endémica.

**Las manifestaciones clínicas se caracterizan por el acceso febril, acompañado en ocasiones de vómitos y cefaleas, la esplenomegalia, la anemia y la trombocitopenia.**

**La forma más grave y la más frecuente es la producida por el Plasmodium falciparum**, puede producir malaria cerebral y otras complicaciones. Las otras especies producen formas más leves, pero pueden presentar recurrencias hasta 7 años después de abandonar la zona endémica. En el caso del P. malariae pueden presentar episodios febriles muchos años más tarde (hasta 40) y en los niños puede asociarse a un síndrome nefrótico como complicación.

**Ante todo episodio febril en un niño que procede de una zona endémica debe realizarse una gota gruesa y una extensión fina para descartar la malaria.**

Las personas que proceden de áreas hiperendémicas han desarrollado semiinmunidad debido a la repetida exposición y pueden estar asintomáticas con parasitemia positiva, aunque esto es más frecuente en adultos también lo podemos encontrar en niños con edad escolar, por lo que es importante en la primera exploración al llegar al país receptor realizar una gota gruesa de rutina a todos los niños que procedan de un área endémica.

#### ■ **Parásitos intestinales.**

En los niños que proceden de PBR, es frecuente encontrar sintomatología digestiva, de la cual la más frecuente es la **diarrea**, las causas pueden ser múltiples, pero no es extraño encontrar **bacterias** (*Salmonella, Shigella, Campylobacter* y *Yersinia*) que son las causantes del cuadro digestivo, por lo que es recomendable realizar un coprocultivo incluyendo rotavirus y la determinación de las diferentes especies de *E. coli*.

Los **parásitos** también pueden ser causa de diarrea especialmente los **protozoos** (*Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*) además los orfanatos favorecen el contagio, por lo que la determinación de parásitos en tres muestras de heces también estará indicada. **Los patógenos más comunes** son *Giardia lamblia, Hymenolepis nana, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Estrongiloides stercoralis* y *Entamoeba histolytica*. La presencia de diarrea crónica y manifestaciones clínicas digestivas inespecíficas nos deben hacer insistir en la búsqueda de parásitos. La presencia de parásitos pluricelulares en el organismo eleva el número de eosinófilos en sangre periférica, por tanto el hallazgo de eosinofilia nos debe obligar a seguir buscando parásitos pluricelulares.

**La infestación por helmintos** generalmente no se transmite de persona a persona y la prevalencia de los parásitos disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor, la *Taenia solium* es una excepción, puede sobrevivir años en el tubo digestivo excretando huevos, que una vez ingeridos pueden producir casos de **neurocisticercosis**. En el niño, la neurocisticercosis puede debutar con una convulsión.

El *Estrongyloides estercolaris* mantiene un ciclo autoinfectivo por lo que sobrevive durante años después de haber abandonado el trópico, y puede producir un síndrome de hiperinfestación en los inmunodeprimidos, por lo que se buscará exhaustivamente con cultivos específicos, antes de aplicar una terapia esteroidea, sobre todo si existe eosinofilia en sangre.

Si el niño procede de un área endémica de esquistosomiasis, se historiará para conocer los riesgos de exposición, los eosinófilos también están elevados en presencia de esquistosomas. Las complicaciones de la esquistosomiasis pueden aparecer años después, la clínica aguda en muchas ocasiones es inexistente. Para detectar el *Esquistosoma haematobium* debemos buscarlo en orina, el *Esquistosoma mansoni* lo detectamos en heces. Podemos realizar además serologías específicas para Esquistosomas en muestras de sangre periférica.

**Hasta el 25% de los niños adoptados están infestados 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*.

#### ■ Filarias

**Las filarias no son transmisibles en nuestro país,** ya que las condiciones climáticas no son las adecuadas ni existen los insectos vectores, estas enfermedades causan poca mortalidad y ninguna repercusión en la comunidad receptora.

La filaria cutánea es la *Onchocerca Volvulus*. La podemos encontrar en personas que proceden de África Occidental y Central, Centro y Sudamérica, Yemen y Arabia Saudita. Se transmite por la picadura de una mosca vector, el periodo de incubación es de 1 año. La sintomatología predominante es la cutánea: nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel, ocurre en personas, menos frecuentes en niños, que hayan vivido durante años en zonas endémicas.

En las zonas de la sabana seca africana produce afectación ocular, con queratitis, coriorretinitis y neuritis óptica que conducen a la ceguera de forma irreversible. Para el diagnóstico debe realizarse una biopsia cutánea (snip cutáneo)

Las filarias sanguíneas se transmiten por la picadura de dípteros vectores. El periodo de incubación es de un año. Los nemátodos adultos sobreviven durante más de 10 años. En África Oriental la *Loa loa* causa los llamados edemas de Calabar (tumefacción dolorosa y transitoria de extremidades que cursa con prurito) y conjuntivitis a su paso por el ojo. La *Mansonella perstans* (África) y *Mansonella ozzardi* (Sudamérica) causan menos sintomatología, sólo prurito inespecífico e intensa eosinofilia en sangre. El diagnóstico se realiza por el examen de la gota fresca en sangre.

Las filarias hemolinfáticas más frecuentes son: *Wuchereria bancrofti* (África, Asia, Centro y Sudamérica) y *Brugya malayi* (Sudeste Asiático). Se transmite por la picadura de un mosquito y se puede detectar las microfilarias en sangre de 8 a 12 meses más tarde de la infección.

La clínica inicial es linfangitis, orquitis, funiculitis y epididimitis que recidiva y se acompaña de fiebre y eosinofilia. Más tarde aparece un linfedema de extremidades y escroto y un 1% de los infectados desarrollará una elefantiasis grave. El diagnóstico se realiza determinado la microfilaria en gota fresca de sangre periférica.

## ESPECIAL CUIDADO POR ÁREAS DE PROCEDENCIA

### ➤ EUROPA CENTRAL Y DEL ESTE

#### Patología Infecciosa:

- Parasitosis intestinales
- Tuberculosis
- Hepatitis C
- VIH
- Sífilis

#### Patología no infecciosa:

- Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia
- Retraso de crecimiento
- Retraso del desarrollo psicomotor
- Microcefalia
- Disfunción tiroidea
- Estrabismo
- Caries
- Déficit de aprendizaje
- SAF
- Inmunizaciones incompletas

### ➤ ASIA

#### Patología Infecciosa:

- Parasitosis intestinales
- Tuberculosis
- VIH
- Hepatitis A, B
- Malaria
- Sífilis

#### Patología no infecciosa:

- Hemoglobinopatías
- Malnutrición, ferropenia
- Retraso de crecimiento
- Pubertad precoz en niñas

- Asma e hiperreactividad bronquial
- Mancha sacra mongólica ( benigna)
- Inmunizaciones incompletas
- Desconocimiento de la edad cronológica

## 📍 NORTE DE ÁFRICA (Magreb)

### Patología infecciosa:

- Parásitos intestinales
- Hepatitis A y B

### Patología no infecciosa:

- Hemoglobinopatías
- Anemia ferropenia
- Riesgo por consanguinidad

## 📍 ÁFRICA SUBSAHARIANA

### Patología infecciosa:

- Parásitos intestinales
- Tuberculosis
- Malaria
- Tuberculosis
- VIH
- Hepatitis A, E, y B
- Esquistosomiasis
- Filariasis
- Sarampión

### Patología no infecciosa:

- Drepanocitosis
- Déficit de GPDH
- Otras hemoglobinopatías
- Anemia ferropénica
- Malnutrición
- Hernia umbilical
- Ablación femenina
- Medicina ritual/ queloides
- Inmunizaciones incompletas
- Desconocimiento de la edad cronológica

## 📍 CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE

### Patología Infecciosa:

- Parasitosis intestinales

- Infecciones intestinales
- Tuberculosis
- Enfermedad de Chagas
- Hepatitis A
- Sífilis

#### **Patología no infecciosa:**

- Drepanocitosis (Caribe)
- Hernia umbilical (Caribe)
- Anemia ferropénica
- Caries
- Pubertad precoz

### **➤ SUDAMÉRICA**

#### **Patología Infecciosa:**

- Parasitosis intestinales
- Infecciones intestinales
- Tuberculosis
- Enfermedad de Chagas
- Sífilis
- Hepatitis A

#### **Patología no infecciosa:**

- Anemia ferropénica
- Caries
- Pubertad precoz

## **CONCLUSIONES**

La adopción internacional ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años en nuestro país. Actualmente es el primer país de la Unión Europea y el segundo en el mundo en número de adopciones anuales.

China, Rusia, Etiopía, Ucrania y Colombia son los proveedores principales de niños adoptados que llegan a nuestro país.

Los niños que provienen de una adopción internacional no son niños con necesidades 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 la adaptación en la nueva familia y sociedad, son un reto para el pediatra.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schulpen TW. Migration and child health: the Dutch experience. *Eur J Pediatr* 1996; 155:351-6
2. Ramos JM, Pastor C, Masía MM. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por VIH y sífilis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2003; 21: 540-542
3. Hendrick KM. Nutritional assessment. In: *Manual of pediatric nutrition*. 2nd ed. Toronto: BC Decker Inc. 1990: 1-58
4. Hostetter MK. Infectious Diseases in Internationally Adopted Children: Findings in Children from China, Russia, and Eastern Europe. In: *Advances in Pediatric Infectious Diseases*. Ed. Mosby 1999 vol.14: 147-161
5. Fumadó V. Problemas asistenciales en la atención médica a niños de otras etnias. En: Cruz M, ed *Tratado de Pediatría*. Ergón 2001; 2.138-2.145
6. McCracken GH jr: *Pediatric Infectious Disease Journal newsletter*. *Pediatr Infect Dis J* 14:926A, 1995
7. Stolfus R.J. Dreyfuss M.L. Guides for the use of Iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. INACG/WHO/UNICEF Ed. ILSI Press 1998
8. Erhardt L. *Sickle Cell Disease. Diagnosis, management, education and research*. Saint Louis: CV Mosby, 1973
9. Hostetter MK, Iverson S, Thomas WE, et al: Prospective medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med* 325:479-485, 1991
10. Mahoney FB: Hepatitis B virus, in Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds): *Principles and Practice of pediatric Infectious Diseases*. New York, Churhill Livingstone, 1997, p 1197
11. Antal, G.M. 1979. Present status of therapy and serodiagnosis of syphilis. WHO document WHO/VDT/Res 70:359
12. Maldonado YA: Epidemiology of HIV infection in children and adolescents, in Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds): *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. New York, Churchill Livingstone, 1997, p739
13. Dolin PJ, Raciglione MC, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO* 1994; 72:213-20.

14. Starke JR, Correa AG: Management of mycobacterial infection and disease in children. *Pediatr Infect Dis J* 14: 455-470, 1995
15. Nelson JD: 1996-1997 Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. Baltimore, Md, Williams & Wilkis, 1997, p 67.
16. Miller LC. International adoption: Infectious diseases issues. *Clin Infect Dis*. 2005;40:286-293
17. Staat MA. Infectious Disease Issues In Internationally Adopted Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:257-258.
18. Fumadó Pérez MV, Corretger Rauet JM. Vacunación de niños inmigrantes y adoptados internacionalmente. En: De Arístegui J, ed. *Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica*. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. p. 829-833.
19. De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casado J, Oliván Gonzalvo G. La salud y la adopción. Guía para familias. Madrid: CORA / Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y el Acogimiento; 2005. [actualizado en febrero de 2006] [consultado el 10/04/2006]. Disponible en [www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm](http://www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm)
20. Miller LC, Kelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic Prevalence of Antibodies to *Helicobacter pylori* in Internationally Adopted Children. *Helicobacter*. 2003;8:173-178.

La información contenida en la sección Situaciones especiales: Niños ha sido elaborada por la Dra. Victòria Fumadó Pérez, responsable del programa del niño viajero o adoptado en el extranjero del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Los contenidos han sido elaborados en mayo de 2003.



GRUPO  
**MENARINI**

Por cortesía de :

Alfons XII, 587 • E-08918 Badalona (Barcelona)  
Tel. +34 93 462 88 00 • Fax +34 93 462 88 20 • [www.menarini.es](http://www.menarini.es)