

ATENCIÓN AL NIÑO Y LA NIÑA ADOPTADOS

Irene Antoñanzas Torres

Pediatra. CS de Labradores. Logroño. La Rioja.

Correo electrónico: iantonanzastorres@gmail.com

Susana Esteban López

Pediatra. CS de Plentzia. Vizcaya.

Correo electrónico: sesteban0@gmail.com

Patricia González Ildfonso

Pediatra. Sanidad Junta de Castilla y León (SACyL).

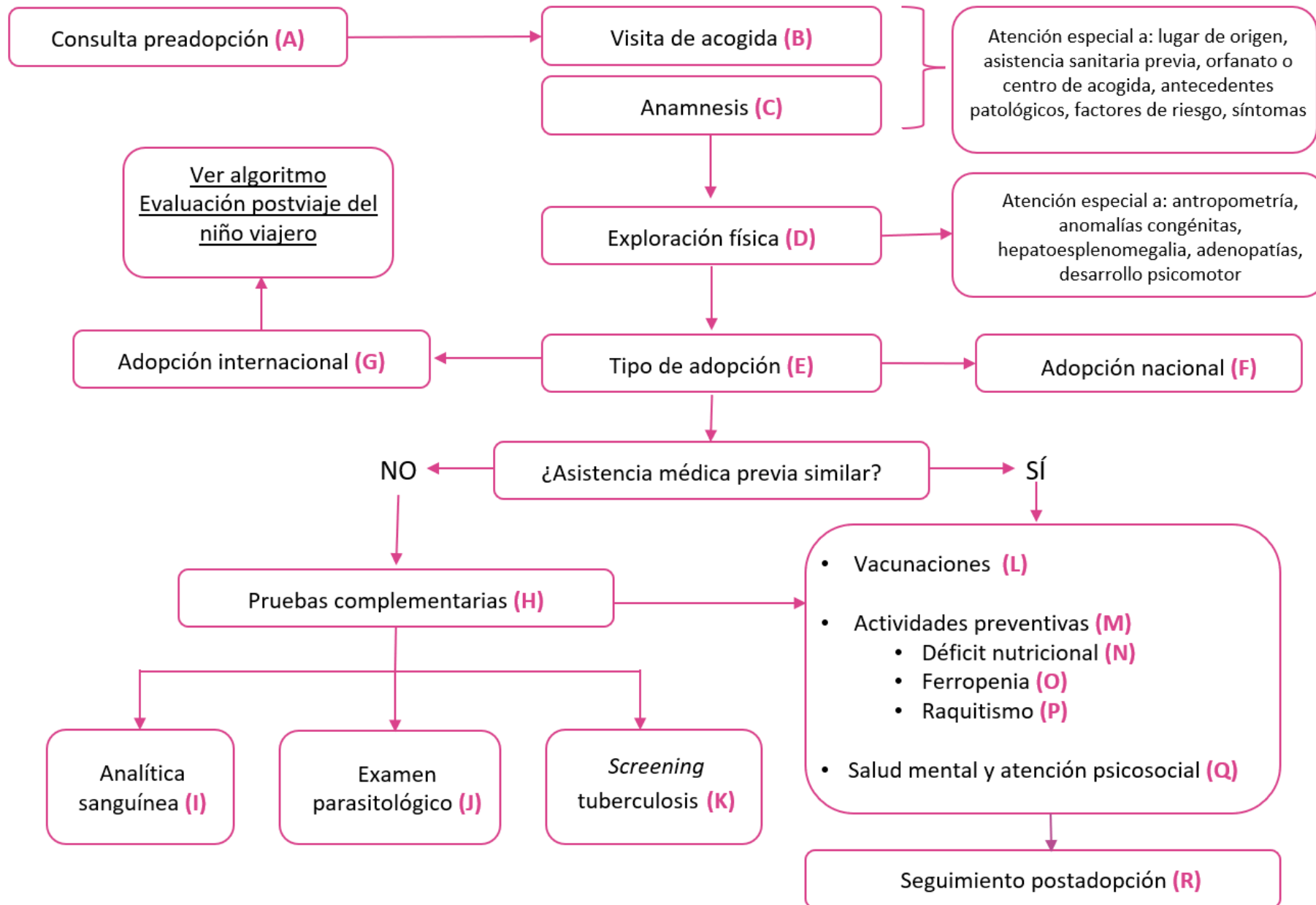
Correo electrónico: gonzalezp@saludcastillayleon.es

Palabras clave: Niño adoptado. Niño inmigrante. Pruebas de cribado. Vacunación.

Key words: Adopted child. Immigrant child. Screening. International travel.

Sección principal: Pediatría preventiva y comunitaria.

Cómo citar este algoritmo: Antoñanzas Torres I, Esteban López S, Gonzalez Ildfonso P. Atención al niño y la niña adoptados. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/113>



A. CONSULTA PREADOPCIÓN

Tiene como objetivo realizar un asesoramiento dirigido a las familias que estén involucradas en una adopción, tanto nacional como internacional. Se debería realizar cuando los padres adoptantes reciban la asignación del niño. En esta consulta se asesorará sobre:

- Los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos niños y los específicos según el país de origen¹.
- Los informes preadoptivos y material audiovisual facilitados².
- Aspectos epidemiológicos, medidas preventivas, conocimientos y normas básicas para viajes internacionales. Recomendar acudir al Centro de Vacunación Internacional².
- Cuidados básicos de alimentación, higiene del niño y sanitarios.
- Botiquín médico de viaje (**Tabla 1**). Valorar el contenido en función de las características del viaje y de la edad del niño.
- Cuándo se debe realizar la primera evaluación médica tras su regreso y la necesidad de realizar un seguimiento posterior.

Tabla 1. Contenido del botiquín médico del viaje en adopción internacional

Botiquín	Higiene y alimentación infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol e ibuprofeno • Suero fisiológico (monodosis, aerosolizado para fosas nasales) • Antibiótico oral de amplio espectro • Colirio antibiótico • Sobres de rehidratación oral (<i>bricks</i>) • Crema antibiótica • Crema con corticoides • Crema con protección solar • Repelentes de insectos • Loción de permetrina al 1-1,5% (piojos) • Termómetro • Tiritas, esparadrapos y gasas estériles • Jeringuillas calibradas (5 y 10 cc) • Solución antiséptica yodada 	<ul style="list-style-type: none"> • Crema hidratante corporal y para el área del pañal • Gel infantil y esponja • Pañales y toallitas • Biberón y tetinas • Leche adaptada • Cereales • Termo para líquidos y purés • Cuchara, cuenco, vaso adaptado y baberos
<p>El pediatra debe especificar por escrito en el apartado sanitario las dosis, pautas, duración, etc. Las cantidades en la alimentación dependerán de la edad, días de estancia y posibilidad de adquirirlos en el destino</p>	

Fuente: Guía CORA 2008³

B. VISITA DE ACOGIDA

Se aconseja realizar la primera evaluación en los primeros 15 días tras la llegada o, inmediatamente, si existieran síntomas de enfermedad aguda.

En esta primera visita se realizará una anamnesis y exploración física exhaustiva y se solicitarán las pruebas complementarias que precise².

C. ANAMNESIS

Se debe realizar una anamnesis exhaustiva de los antecedentes del menor a través de la recopilación de la información sociosanitaria, tanto de forma escrita u oral. En las adopciones siempre suele haber un informe escrito que aportarán los padres.

Se tendrán en cuenta las barreras idiomáticas y culturales con el menor³, intentando recurrir a recursos que tengamos a nuestro alcance (traductores por vía telefónica, aplicaciones de teléfono móvil, traductores en la red informática...).

Intentar recoger la máxima información disponible para hacer una evaluación de la salud física y psicosocial que nos permitirá actuar según los puntos vulnerables detectados.

1. Historia personal

- Nombre, fecha y lugar de nacimiento.
- Antecedentes del embarazo y parto: número de gestación, edad gestacional, lugar del parto, tipo de parto, test de Apgar, cribado neonatal, antropometría neonatal, patología perinatal y neonatal. Antecedentes de consumo de tóxicos durante el embarazo.
- Antecedentes patológicos personales conocidos: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, alergias, tratamientos parenterales (transfusiones, etc.) y medicamentos que toma.
- Desarrollo psicomotor. Control de esfínteres.
- Hábitos alimentarios.
- Vacunas administradas.
- Estudios serológicos: fecha de realización y resultados.
- Prueba de Mantoux: fecha de realización y resultados.

2. Historia familiar

- Número de hermanos, nacionalidad, antecedentes de alcoholismo, drogadicción, prostitución, enfermedad psiquiátrica, retraso mental, malos tratos, institucionalización, problemas médicos. Consanguinidad de los padres.

3. Historia social

- País y lugar de procedencia (zona rural o urbana): días o meses desde la llegada.
- Lugar de residencia previo.
- Institucionalización: motivo, número y tipo de instituciones por las que ha pasado, localización de la institución y tiempo de institucionalización.
- Adopciones previas.
- Condiciones de vida previa: inseguridad alimentaria, falta de vivienda, etc.
- Escolarización. Rendimiento escolar. Necesidades educativas especiales.
- Religión.
- Antecedentes de abuso, negligencia, trauma de la primera infancia.
- Relaciones significativas (p. ej.: maestro, miembro de la familia extendida).

4. Síntomas actuales

- Fiebre
- Dolor
- Diarrea
- Problemas en la piel
- Otros síntomas

Si presenta sintomatología aguda a su llegada, seguir el algoritmo AEPAP de [Evaluación posviaje del niño viajero](#)⁴.

D. EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe realizar una exploración por aparatos completa poniendo especial atención en:

- Desarrollo ponderoestatural: medir peso, talla y perímetro craneal, utilizando las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{5,6}. La evolución de la curva ponderoestatural es mucho más valiosa que una determinación aislada^{7,8}.
- Malformaciones congénitas
- Genitales externos: valorar malformaciones. En el caso de niñas procedentes de zonas que realizan mutilación genital femenina⁹ (MGF), valorar su integridad (**Figura 1**)¹⁰.
- Piel, mucosas: color, cicatriz de BCG (deltoides, antebrazo, espalda, nalgas...), infecciones, manchas, bultomas y signos de ectoparasitosis.
- Cavidad oral: presencia de caries y otras alteraciones.
- Desarrollo psicomotor: en los niños adoptados ha de ser valorado con cautela, ya que pueden presentar retraso psicomotor reversible con estimulación y afecto.
 - Ante la presencia de macrocefalia y retraso psicomotor, se debe descartar toxoplasmosis, hipotiroidismo y malformaciones congénitas.
 - En caso de microcefalia se debe descartar rubeola, toxoplasmosis, infección por virus zika y sífilis.
 - La detección de bocio nos hará descartar hipotiroidismo y tener en cuenta el bocio endémico por falta de yodo.
- Adenopatías, masas y/o hepatoesplenomegalia.
- *Screening* rutinario de visión y audición.

E. TIPO DE ADOPCIÓN

El número de menores nacionales adoptados se mantiene estable en los últimos años mientras que ha disminuido el número de adopciones internacionales¹¹.

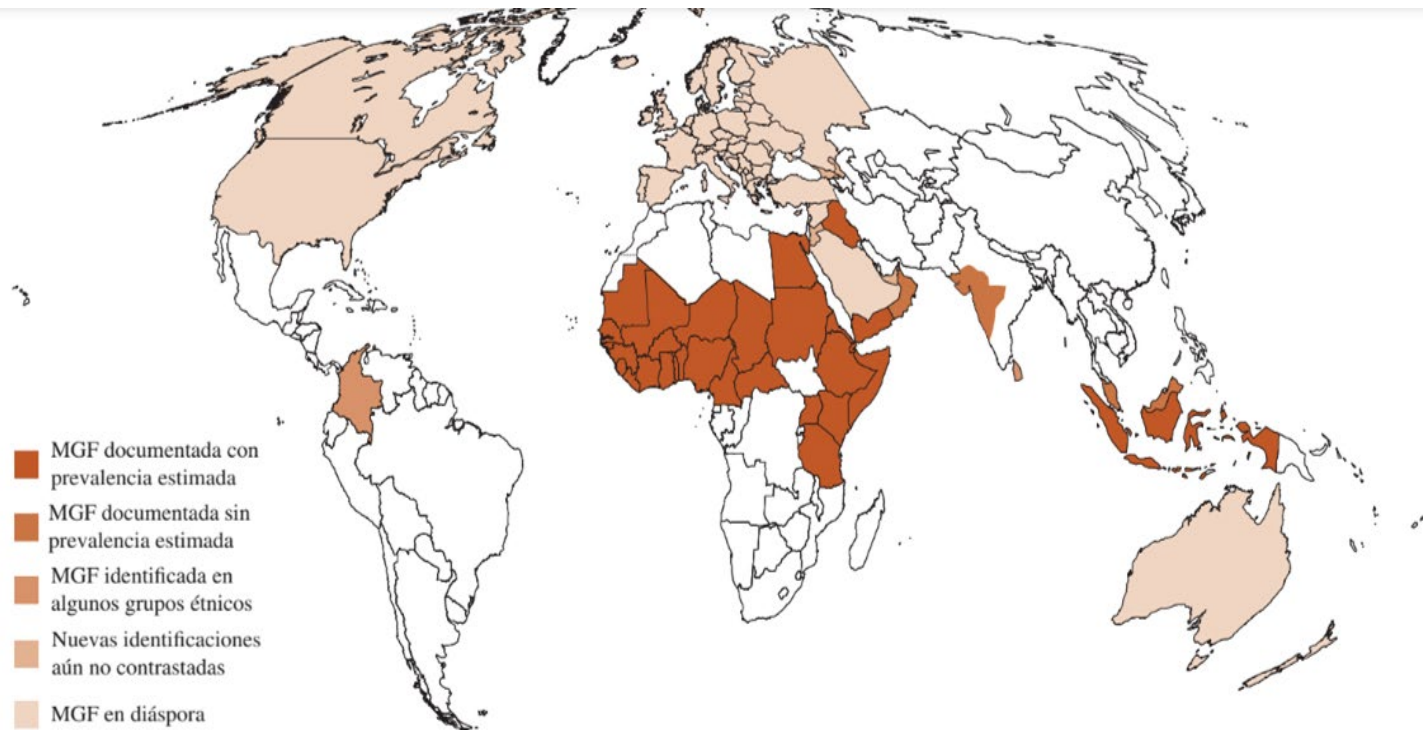


Figura 1. Distribución mundial de la mutilación genital femenina.

Fuente: Elaborado por fundación Wassu y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales del departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2017¹⁰.

F. ADOPCIÓN NACIONAL

Existe una ligera tendencia al aumento del número de adopciones nacionales en los últimos años. En 2022 se registraron 681 adopciones nacionales, en comparación con las 639 registradas en 2018.

La mayoría de los menores adoptados son menores de 10 años y Andalucía es la comunidad española en la que más adopciones nacionales se registran. (Figura 2).

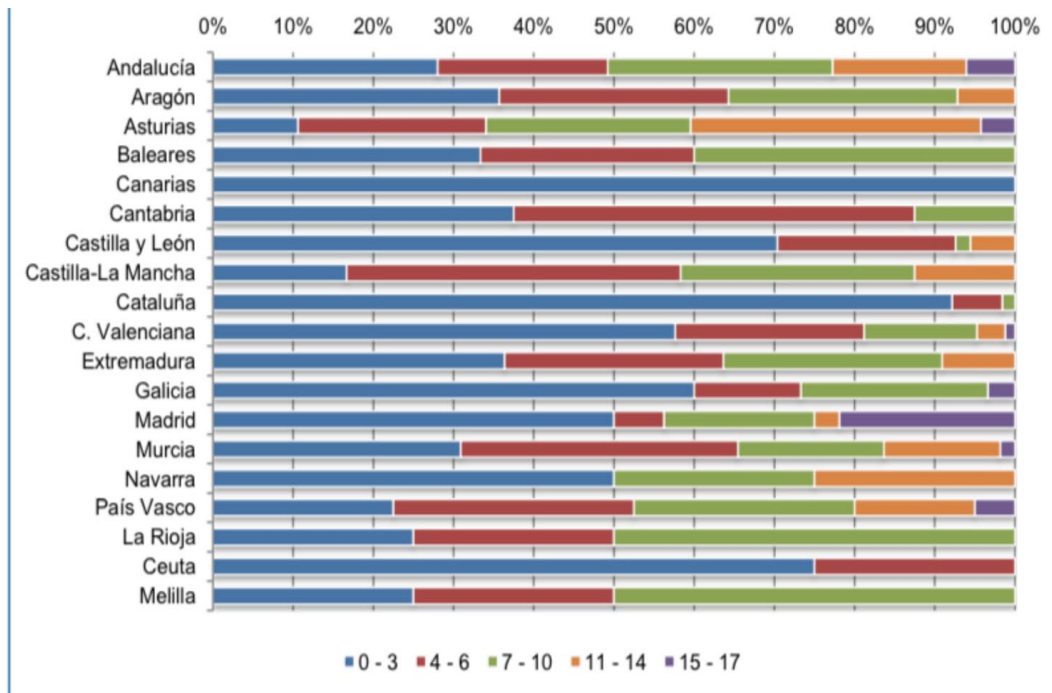


Figura 2. Comparativa de adopciones nacionales por grupo de edad y comunidad autónoma.

Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. Boletín n.º 25¹¹.

Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>

G. ADOPCIÓN INTERNACIONAL

El número de adopciones internacionales ha disminuido notablemente a partir de 2020. En 2022 se registraron en España 179 adopciones internacionales. Los principales países de origen de los niños adoptados son Vietnam, India y Hungría. Asia es el continente más demandado, a gran distancia de América, en segundo lugar (**Tabla 2**). La mayoría de los niños procedentes de adopción internacional tienen menos de 6 años (**Figura 3**).

Tabla 2. Evolución de las adopciones. Clasificación de los 10 primeros países

	2018	2019	2020	2021	2022	
VIETNAM	Abs.	94	71	31	35	69
	Tasa	1,1	0,9	0,4	0,4	0,8
	%	21,17%	19,19%	15,81%	20,47%	38,55%
INDIA	Abs.	75	84	41	41	25
	Tasa	0,9	0,9	0,3	0,4	0,3
	%	16,89%	22,70%	20,92%	23,98%	13,97%
HUNGRÍA	Abs.	35	18	19	11	15
	Tasa	0,4	0,9	0,2	0,1	0,2
	%	7,88%	4,86%	9,74%	6,43%	8,38%
DOMINICANA, (LA) REPÚBLICA	Abs.	11	12	6	10	9
	Tasa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	%	2,48%	3,24%	3,06%	5,85%	5,03%
MADAGASCAR	Abs.	8	4	3	4	9
	Tasa	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
	%	1,80%	0,11%	1,53%	2,34%	5,03%
COLOMBIA	Abs.	25	25	29	9	8
	Tasa	0,3	0,3	0,4	0,1	0,1
	%	5,60%	6,76%	14,80%	5,26%	4,47%
BULGARIA	Abs.	17	14	10	21	7
	Tasa	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1
	%	3,83%	3,78%	5,10%	12,28%	3,91%
HAITÍ	Abs.	4	3	3	3	5
	Tasa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	%	0,90%	0,81%	1,53%	1,75%	2,79%
FILIPINAS (LAS)	Abs.	9	5	6	4	5
	Tasa	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	%	2,03%	1,35%	3,06%	2,34%	2,79%
BOLIVIA	Abs.	1	0	1	5	4
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	%	0,23%	0,00%	0,51%	2,92%	2,23%
OTROS	Abs.	165	134	47	28	23
	Tasa	0,6	0,4	0,4	0,3	0,3
	%	37,16%	36,22%	23,98%	16,37%	12,85%
TOTAL	Abs.	444	370	196	171	179
	Tasa	5,4	4,5	2,4	2,1	2,2

Tasa 1/100.000 personas menores de edad de 18 años

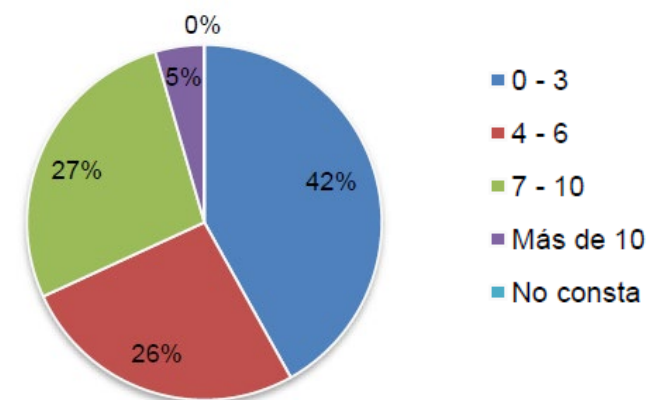


Figura 3. Adopciones internacionales por rango de edad.

Fuente: Tabla y figura extraídas del Boletín n.º 25 de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia¹¹.

Disponible en:

<https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2.030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>

H. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En este punto hay que tener en cuenta los siguientes aspectos con objeto de planificar bien las pruebas y evitar *screening* ya realizados:

- La información sobre los antecedentes familiares y perinatales y los registros médicos a menudo no están disponibles o son limitados en la mayoría de los países.
- Los resultados de laboratorio deben interpretarse con precaución porque pueden haberse realizado meses antes de la evaluación previa a la adopción. Por esta razón, se recomienda que las pruebas de laboratorio se repitan a la llegada al país de adopción.
- Las pruebas de laboratorio, como las pruebas serológicas para la sífilis, la hepatitis B y el VIH, están disponibles de forma rutinaria para todos los países de adopción y, por lo general, son fiables. Considerar repetir en caso de factores de riesgo.
- Casi todos los niños >2 años de edad tienen documentación de la prueba de tuberculosis (PPD).

En el año 2019 se publicó un documento¹² que incluye recomendaciones generales y específicas para prevenir y detectar precozmente enfermedades contagiosas y no contagiosas en niños migrantes en Europa. Estas recomendaciones surgen del análisis de las recomendaciones de 8 países de los 31 de la UE (Unión Europea) y del EEA (Área Económica Europea).

I. ANALÍTICA SANGUÍNEA

1. Recuento completo de glóbulos rojos con índices y recuento diferencial de glóbulos blancos: la hemoglobina y los índices de glóbulos rojos pueden identificar a los niños con anemia, deficiencia de hierro, hemoglobinopatías o malaria; el recuento diferencial de leucocitos puede identificar a los niños con recuentos disminuidos de glóbulos blancos y linfopenia (que puede indicar infección por VIH o desnutrición) o eosinofilia (que puede indicar enfermedad parasitaria).
2. Bioquímica básica: glucosa, urea, creatinina, iones, ácido úrico, transaminasas, bilirrubina, colesterol, triglicéridos, hierro, ferritina, IST.
3. Cribado de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa en procedentes de África, Oriente Medio, sudeste asiático y otros países de la cuenca mediterránea¹³. Ante sospecha clínica, valorar derivar para estudio al hospital de referencia.
4. Electroforesis de hemoglobina según país de origen (África subsahariana y <5 años).
5. Medición de concentración de la hormona estimulante de tiroides (TSH).
6. Medición de valores de plomo en sangre si hay clínica o datos analíticos sospechosos (anemia, pica), exposición a fuentes de plomo. Ante sospecha clínica, valorar derivar para estudio al hospital de referencia.
7. Cribado de enfermedades infecciosas (**Tabla 3**)¹⁴⁻¹⁶, malaria (**Figura 4**) y parásitos (**Tabla 4**)^{17,18} (**Figuras 5 y 6**).

Tabla 3. Cribado de enfermedades infecciosas¹⁴⁻¹⁶

Enfermedad infecciosa	Prueba	Indicaciones
Virus de la hepatitis A (infección aguda)¹⁶	Anticuerpo IgM contra hepatitis A	Valorar previo a vacunación
Virus de la hepatitis B (VHB)	Antígeno de superficie de la hepatitis B	Siempre (vacunados o no de VHB, independientemente de endemicidad)
Virus de la hepatitis C (VHC)	Anticuerpo contra la hepatitis C; PCR si <18 meses	Si factores de riesgo
Sífilis	No treponémico (RPR o VDRL); PCR si <18 meses	Si factores de riesgo
VIH	Prueba combinada de antígenos y anticuerpos	Si factores de riesgo (algunos expertos sugieren reevaluar seis meses después de la llegada)
Tuberculosis (TBC)¹⁹	(ver apartado K)	(ver apartado K)
Infección entérica invasiva	Cultivo bacteriano de heces	Si diarrea sanguinolenta o diarrea y fiebre
Malaria	Frotis de sangre gruesa y fina y/o pruebas de diagnóstico rápido (3 series separadas por al menos 12 h)	No de rutina. Si provienen de regiones endémicas (Figura 4) y presentan síntomas o signos de malaria (fiebre, escalofríos, rigores, sudores, dolor de cabeza, esplenomegalia, anemia, malestar general, fatiga...)

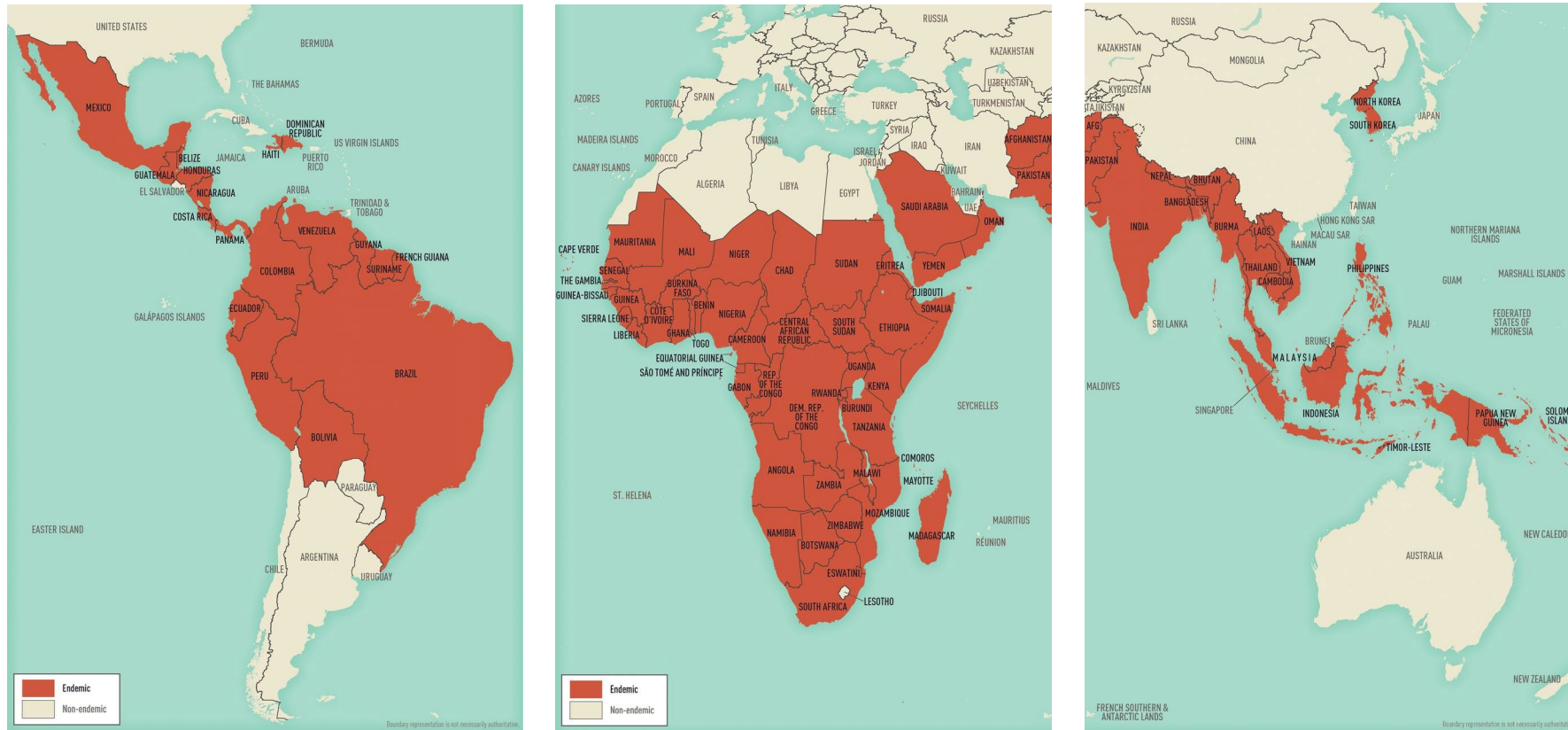


Figura 4. Distribución mundial de la Malaria

Fuente: CDC Yellow Book 2024; Travel-Associated Infections & Diseases²⁰.

Disponible en: wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/malaria

J. EXAMEN PARASITOLÓGICO¹⁷

Tabla 4. Examen parasitológico ¹⁷		
Enfermedad infecciosa	Prueba	Indicaciones
Parásitos intestinales	Examen de huevos y parásitos en heces (3 muestras) <i>Giardia intestinalis</i> y antígeno de <i>Cryptosporidium</i> (una muestra)	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los niños provenientes de adopción internacional • Algunos expertos indican realizar pruebas serológicas si el recuento absoluto de eosinófilos es de ≥ 450 células/microL • Otras recomendaciones recientes indican tratamiento con albendazol de forma empírica
Parásitos tisulares (Figura 5)	Pruebas serológicas de <i>Schistosoma</i> Pruebas serológicas de <i>Strongyloides</i> ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Si proviene de zona endémica (Figura 5) • Si inmunosupresión (IS) o previo a inicio de tratamiento IS
Filariasis linfática (Figura 6)	Pruebas serológicas filariales	<ul style="list-style-type: none"> • Si >2 años y proveniente de zona endémica (Figura 6)
Chagas (Figura 7)	Pruebas serológicas de <i>Trypanosoma cruzi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Si proviene de zona endémica Centroamérica y Suramérica (Figura 7)

Schistosomiasis

- ALTA (Prevalencia mayor o igual 50%)
- MODERADA (Prevalencia 10-49%)
- BAJA (Prevalencia < 10%)
- ESTADO DE TRANSMISIÓN POR DETERMINAR
- Sin dato

q

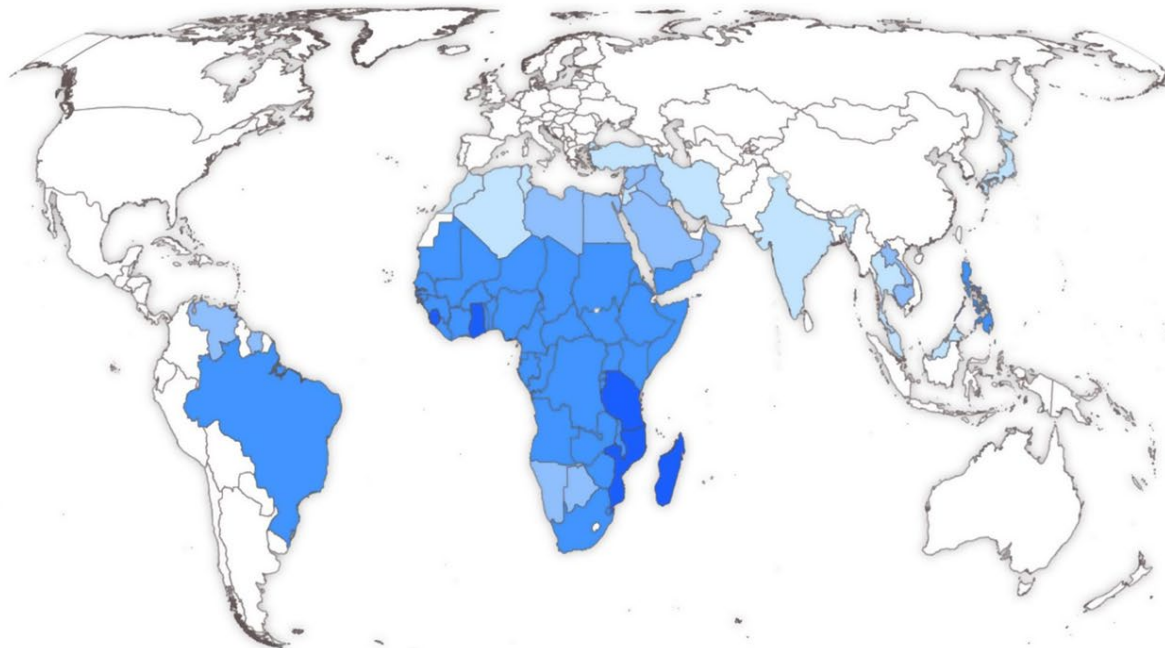


Figura 5. Distribución mundial de *Schistosoma*.

Fuente: Documento de consenso para el manejo de la esquistosomiasis en Atención Primaria. 2022²¹.

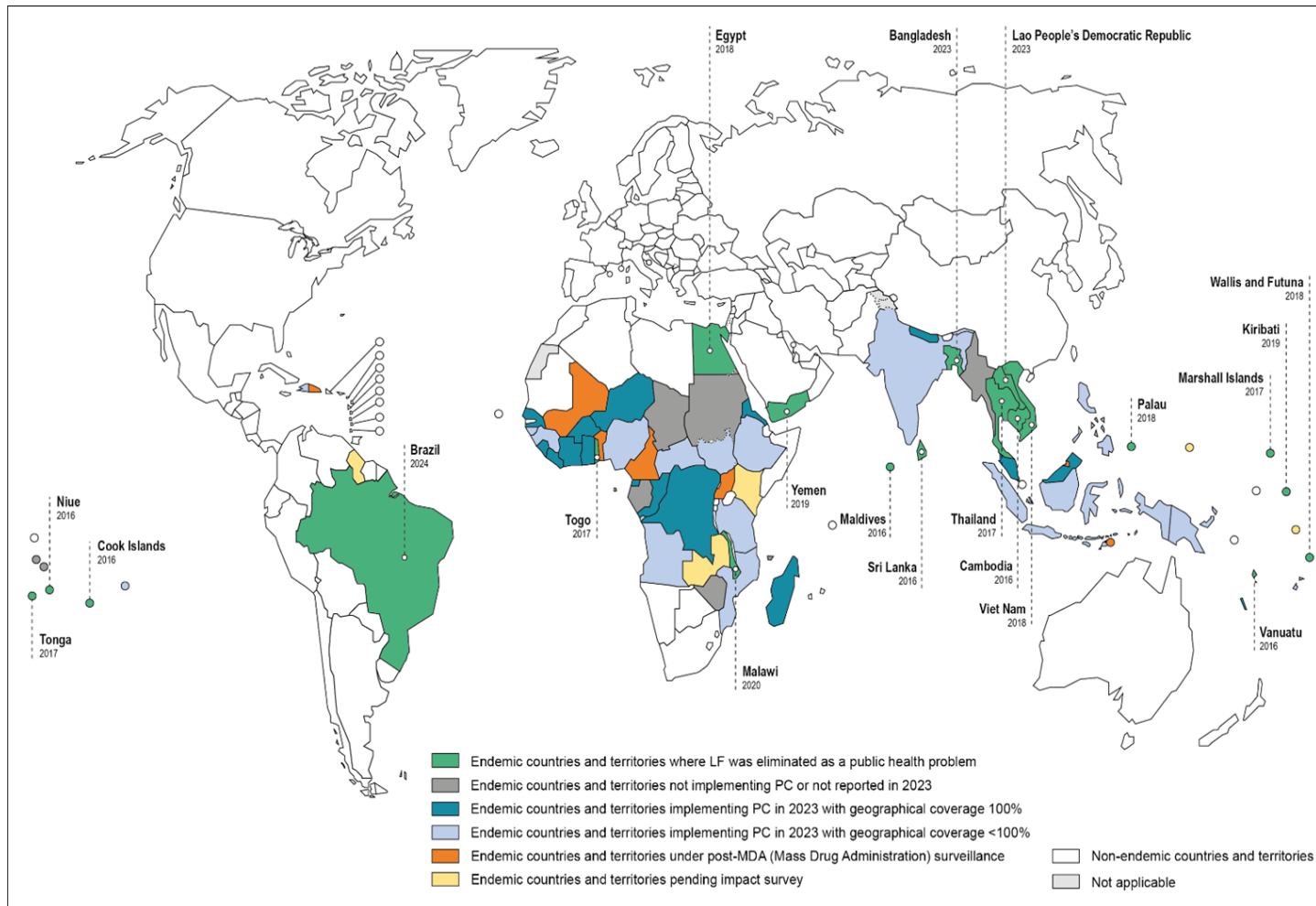


Figura 6. Distribución mundial de la filariasis linfática

Fuente: Tomada de The Global Health Observatory (WHO)²².

Disponible en: www.who.int/images/default-source/maps/lf_2024.png?sfvrsn=73a1fd43_2

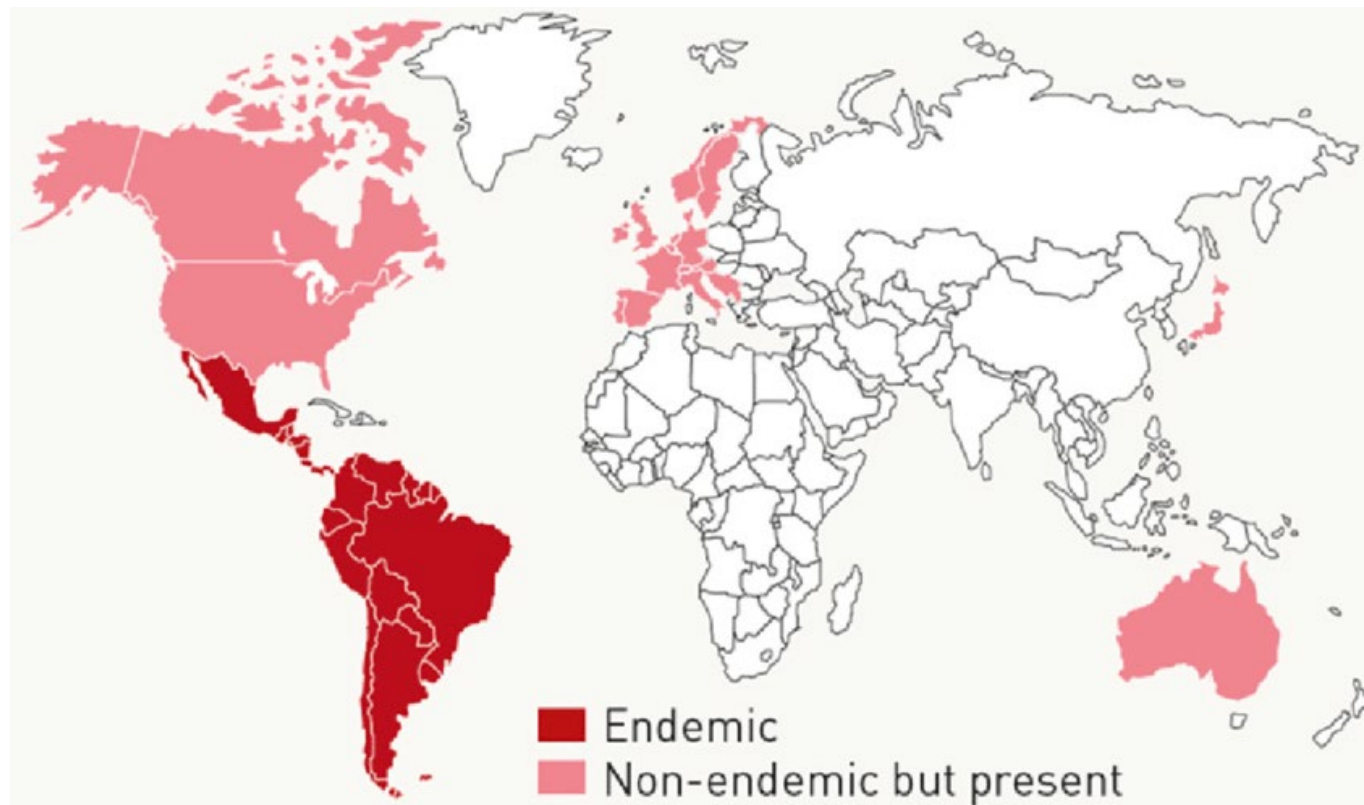


Figura 7. Distribución mundial de la enfermedad de Chagas

Fuente: Imaz Iglesia I, García San Miguel L, Blasco Hernández T, Martín Águeda B, González-Enríquez J, Ayala Morilas LE, *et al.* Evaluación económica de distintas estrategias de cribado de la enfermedad de Chagas en España. IPE 2015/72. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Madrid. 2015²³.

K. SCREENING INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITL)

- La gran mayoría de niños procedentes de países de renta baja están vacunados de BCG, lo que se verificará mediante la visualización de la cicatriz.

Se recomienda a realizar screening de tuberculosis mediante PT/IGRA (seguido de Rx tórax si algún test es positivo) en todos los niños menores de 5 años y en los mayores si proceden de países de alta endemia incluyendo África subsahariana y Afganistán (**Figura 8**).

- Existen dos pruebas que se pueden realizar. Con la información disponible y teniendo en cuenta que ninguna de las dos pruebas tiene una sensibilidad del 100%, sobre todo en menores de 5 años, la recomendación actual es realizar a todos una PT¹⁹.
 - Prueba de la tuberculina (PT): puede presentar falsos positivos debido a que el *M. tuberculosis* tiene antígenos comunes con *M. bovis*, BCG y otras micobacterias no tuberculosas.
 - Test de liberación del interferón gamma (IGRA, *interferon-gamma release assay*): su principal ventaja es su utilidad para el diagnóstico de la infección tuberculosa en vacunados de la BCG. No permite diferenciar entre ITL y enfermedad.
- Cuando el niño presente alguno de los siguientes datos, se tendrá que descartar infección activa:
 - Antecedentes de contacto con algún posible enfermo de tuberculosis (TBC).
 - Clínica sugestiva de TBC, que en el niño puede ser muy larvada.
 - Administración previa de tratamiento antituberculoso al niño o a algún miembro de la familia.

Estimated tuberculosis incidence rates, 2022

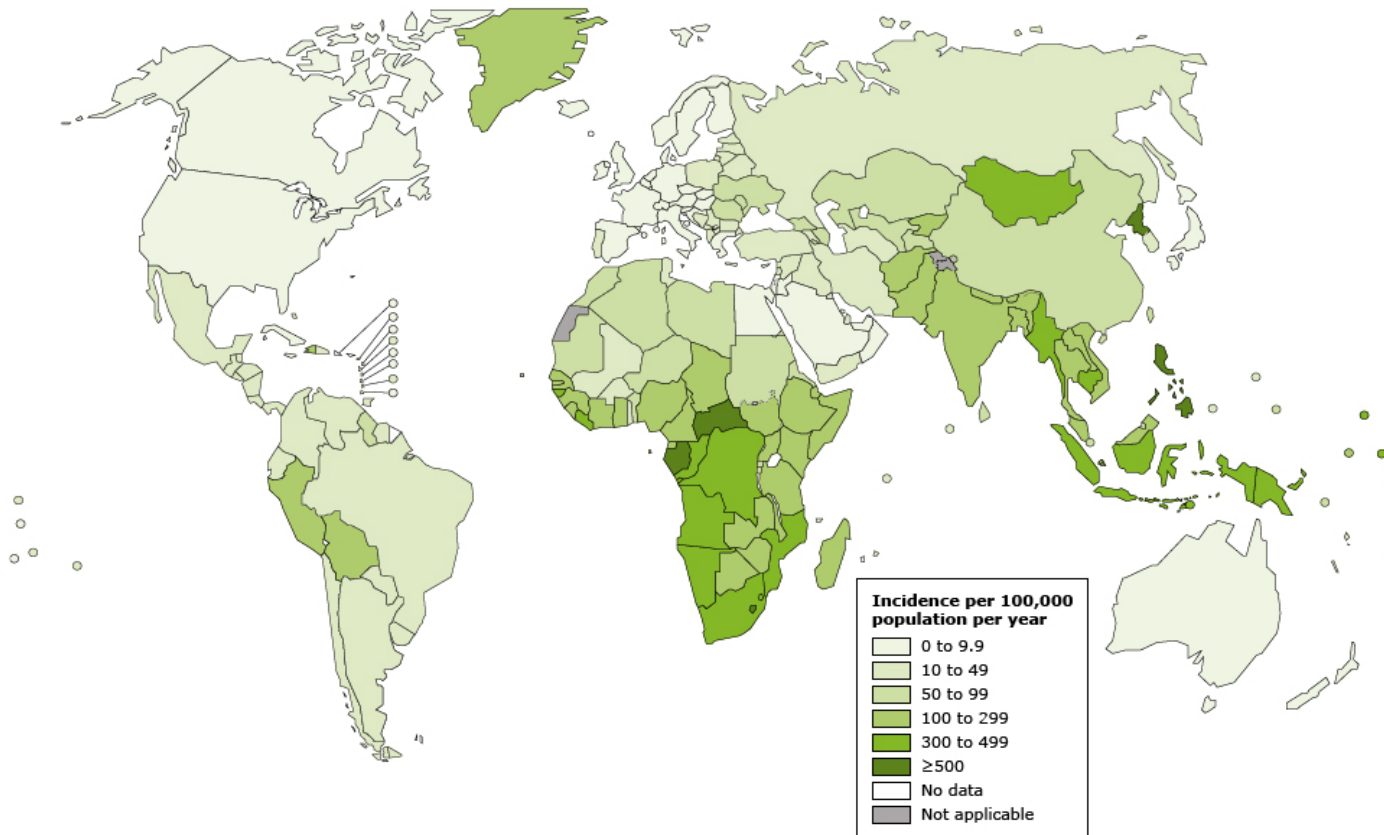


Figura 8. Distribución mundial de la tuberculosis

Fuente: Global Tuberculosis Report 2023. World Health Organization, pág. 18 (consultado el 23/10/2024).

Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851> ²⁴

L. VACUNACIONES

En general, se han de aceptar como válidos los registros vacunales aportados por los padres adoptivos, excepto si hay algún signo sospechoso de falsificación.

Los calendarios de vacunación de los diferentes países se pueden encontrar en la web de la OMS²⁵.

Los calendarios de vacunación de las diferentes comunidades autónomas en España se encuentran en la web de la Asociación Española de Pediatría (AEP)²⁶.

Se completarán las vacunas según el calendario de vacunación vigente de cada comunidad autónoma.

Los calendarios acelerados de rescate pueden consultarse en la página del Comité Asesor de Vacunas de la AEP²⁷ (Tabla 5).

M. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Se deben realizar las que corresponden a la edad del niño²⁸ y aquellas que han quedado pendientes de otras edades y que todavía tengan justificación.

Por ejemplo, en menores de 1-2 años, es recomendable realizar el cribado de hipotiroidismo y PEATC-a. El cribado de metabopatías debe realizarse en menores de un mes y en aquellos mayores que tengan síntomas.

Tabla 5. Calendario acelerado de rescate de la AEP

NÚMERO DE DOSIS RECOMENDADAS DE CADA VACUNA SEGÚN LA EDAD Asociación Española de Pediatría 2023 Comité Asesor de Vacunas			
VACUNA	EDAD		
	< 24 meses	24 meses - 6 años	7 - 18 años
Hepatitis B	3	3	3
Difteria, tétanos y tosferina ¹	3	3 - 4	–
Tétanos, difteria de baja carga antigénica/tosferina de baja carga antigénica ²	–	–	3 - 5
Poliomielitis ³	3	4	3
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	1 - 3	1	–
Neumococo ⁵	2 - 3	1 - 2	–
Rotavirus ⁶	2 - 3	–	–
Meningococo B ⁷	3	2	2
Meningococos C y ACWY ⁸	1 - 3	1	1
Gripe ⁹	1 - 2	1 - 2	1 - 2
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹⁰	1	2	2
Varicela ¹¹	1	2	2
SARS-CoV-2 ¹²	–	2	2
Virus del papiloma humano ¹³	–	–	2 - 3

(1) Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTPa).- Con la pauta estándar 2+1 (2, 4 y 11 meses), la 4.ª dosis se aplicará a los 6 años (DTPa-VPI/Tdpa-VPI), siempre que hayan pasado, al menos, 6 meses desde la dosis previa y siempre a partir de los 4 años de edad para que sea válida. Con la pauta 3+1 (2, 4, 6 y 12-18 meses), la 5.ª dosis de DTPa o Tdpa no es necesaria si la 4.ª dosis de DTPa se administró con 4 o más años. La DTPa se puede administrar hasta los 7 años. La Tdpa, con componentes de difteria y tosferina de baja carga antigénica, está autorizada desde los 4 años de edad y la Tdpa-VPI, desde los 3 años.

Fuente:

https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep-2023-acelerados-tablas-enero2023_web_0.pdf²⁷

N. DÉFICITS NUTRICIONALES

El seguimiento del crecimiento longitudinal es el parámetro más útil para evaluar el estado nutricional del niño. Es importante valorar el crecimiento con su propia velocidad de crecimiento y no en un momento determinado, observar el cambio de percentil a lo largo del tiempo y comparar la edad ósea con la edad cronológica²⁹. Casi todos los niños con retraso de talla en el momento de la adopción realizan un *catch-up* en 12-18 meses^{30,31}, por lo que, descartadas otras causas de hipoprecimiento, se debe valorar la evolución de la talla durante un tiempo prudencial.

Las recomendaciones para promover hábitos saludables son las mismas que para el resto de la población.

Se deben tener en cuenta algunas recomendaciones especiales:

- Recomendar el consumo de productos lácteos fermentados, teniendo en cuenta la posibilidad de la deficiencia de lactasa según el origen étnico.
- Hay que tener en cuenta en adopciones internacionales que algunos niños puedan tener carencia de vitamina B 12, por dieta vegetariana. Considerar, por tanto, su determinación y suplementación en caso de déficit.

O. FERROPENIA

La anemia ferropénica y la ferropenia son frecuentes en niños provenientes de adopción internacional³¹⁻³³.

La profilaxis de ferropenia se realizará principalmente mediante educación sanitaria sobre alimentación.

En ocasiones, será necesaria una profilaxis mediante suplementación, como en el caso de:

- Introducción precoz de leche de vaca.
- Consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro, en niños que no consumen suficiente carne, fruta y verdura, sobre todo durante el primer año de vida.

P. RAQUITISMO

La profilaxis se ha de considerar en lactantes menores de 12-18 meses y adolescentes de piel muy oscura³³ provenientes de adopción internacional y que han estado en orfanatos.

Las recomendaciones de dosis y tiempo de tratamiento dependen de las características de cada paciente³⁴.

Q. SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL³⁵⁻⁴²

1. Antecedentes sociales del niño:

- Debemos tener en cuenta los aspectos psicosociales dentro de la historia clínica.
- Los niños que han vivido en un orfanato, hogar de acogida o que han participado con los servicios de protección infantil corren un mayor riesgo de padecer un “trastorno del espectro alcohólico fetal”.

Debemos definir y explicar los riesgos a la familia para que los posibles problemas puedan anticiparse y abordarse adecuadamente. Podemos ayudar a asegurarse de que existan los sistemas de apoyo social adecuados para ayudar a la familia a lidiar con los comportamientos externalizantes u otros problemas de adaptación a medida que surjan.

2. Problemas de adaptación temprana

- Algunos padres adoptivos describen un periodo de “luna de miel”, durante el cual el niño es obediente y aparentemente bastante feliz; otros describen a niños retraídos, hipervigilantes, fácilmente sobrestimulados, agresivos o desafiantes.
- Pueden presentar problemas para dormir o para regular sus patrones de alimentación.
- En algún momento, la mayoría de los niños entrarán en un periodo de “prueba”, durante el cual su comportamiento sugiere que están buscando información sobre la permanencia de su nuevo entorno familiar.

Es importante, de cara a su prevención, informar a los padres de que reconocer y abordar las diferencias culturales, raza, etnia o religión desempeña un papel importante.

3. Retraso en el desarrollo

- La evaluación del desarrollo del niño adoptado poco después de su adopción o llegada permite el reconocimiento y el tratamiento tempranos de los retrasos en el desarrollo y/o problemas de aprendizaje.
- La mayoría de los niños adoptados de hogares de acogida o a nivel internacional pueden tener algún tipo de retraso en el desarrollo. Aunque muchos de estos niños logran avances en el desarrollo después de la adopción, es imposible predecir qué niños se pondrán al día rápidamente y cuáles tendrán necesidades especiales.

Se prefiere la derivación temprana a especialistas en desarrollo o educación, en caso de detectarse un retraso, a un enfoque de “esperar y ver” para los niños adoptados con retraso en el desarrollo. Es importante en este punto la coordinación con agentes sociales y educativos.

4. Alteraciones de la conducta y del desarrollo a largo plazo

- Los niños corren un mayor riesgo de sufrir una serie de problemas de desarrollo y comportamiento cuando tienen múltiples factores de riesgo adversos antes de la adopción y cuando son adoptados a mayor edad.
- En los niños mayores de un año adoptados internacionalmente se han demostrado tasas más altas de:
 - Falta de atención e hiperactividad.
 - Dificultad con la regulación emocional.
 - Niveles elevados de ansiedad.

El proceso de adopción es un proceso que conlleva aspectos positivos para estos menores. Parece que las familias adoptivas son capaces de apoyar y salvaguardar lo suficiente el desarrollo posterior del menor adoptado como para que toda esta vulnerabilidad con la que parten vaya tomando una trayectoria evolutiva normalizada.

5. Otros problemas de salud mental

- El riesgo de trastornos de salud mental (p. ej.: problemas socioemocionales, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno del espectro autista) aumenta en los niños adoptados de hogares de acogida o instituciones.
- La adopción temprana en hogares de acogida puede mitigar parte del mayor riesgo asociado con la institucionalización.
- Los factores que contribuyen a los trastornos de salud mental incluyen exposiciones prenatales (p. ej.: drogas, alcohol), abuso/negligencia previos, institucionalización prolongada o los diagnósticos de patología mental en los miembros de la familia biológica, pero estos antecedentes no siempre están disponibles.

Se recomienda la detección de trastornos de salud mental en todas las visitas médicas, particularmente en las revisiones del programa de salud infantil, utilizando pruebas de detección validadas:

- Lista de verificación de síntomas pediátricos. Disponible en: www.massgeneral.org/assets/mgh/pdf/psychiatry/psc/psc-spanish-dhcs.pdf⁴²

R. SEGUIMIENTO POSTADOPCIÓN

Es muy recomendable realizar un seguimiento prolongado en el tiempo, multidisciplinar y coordinado por el pediatra responsable del niño²:

- Seguimiento ponderoestatural: si los parámetros antropométricos son inferiores a 2 desviaciones estándar y no se observa un crecimiento recuperador en los 6 primeros meses, debe ser evaluado para descartar otros problemas médicos, especialmente en los niños adoptados por debajo del año de edad. En los niños adoptados por encima del año de edad, y dependiendo del grado de retraso de crecimiento previamente existente, el crecimiento recuperador de la talla y del perímetro cefálico puede tardar más tiempo³.
- Seguimiento del desarrollo puberal teniendo en cuenta la etnia de procedencia. Es más frecuente presentar pubertad adelantada en niñas adoptadas procedentes de la India, el sudeste de Asia y Latinoamérica².
- Seguimiento del desarrollo psicomotor y madurativo: ver apartado **Q**.
- Seguimiento del desarrollo afectivo-emocional y del comportamiento: ver apartado **Q**.
- Seguimiento del estado inmunización: ver apartado **L**.
- Seguimiento de la audición y de la visión.
- Seguimiento de la dentición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Merino A, Núñez López A, Cortés Lozano A, Oliván Gonzalvo G, Lirio Casado J, De Aranzabal Agudo M, *et al.* Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios". Resumen estructurado. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 (2):S41-53.
2. Alberola López S, *et al.* Consenso en adopción internacional. Guía breve para pediatras y otros profesionales sanitarios. Valladolid: CORA, 2008 [en línea] [consultado el 30/09/2024]. Disponible en: <http://olivan-pediatra.es/Consenso-Adopcion-Internacional-Guia-Breve.pdf>
3. Masvidal Aliberch RM, Canadell Villaret D. Atención al niño y la niña inmigrantes. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 23/10/2024]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/68/atencion-al-nino-y-la-nina-inmigrantes>
4. Canadell Villaret D, Macipe Costa R. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Evaluación posviaje del niño viajero. AEPap. 2017 [en línea] [consultado el 30/09/2024]. Disponible en: https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/nino_viajero.pdf
5. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [en línea] [consultado 30/09/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>.
6. WHO child growth standards: head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age: methods and development [en línea] [consultado 30/09/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547185>.
7. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal). Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre [en línea] [consultado 30/09/2024]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/curvas_orbegozo.pdf
8. Curvas de crecimiento infantil [en línea] [consultado 30/09/2024]. Disponible en: <https://childgrowthtracker.com/es/percentiles.html>
9. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015 [en línea] [consultado el 1/10/2024]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
10. Kaplan A, Ajenjo M, López-Gay A. (2022). "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021". Antropología Aplicada 4. Servei de Publicacions Antropología Aplicada 4. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
11. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. Boletín n.º 25. Datos 2022. Dirección General de Derechos de la Infancia y la Adolescencia. Observatorio de la Infancia. Informes, estudios e investigación 2023. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 [en línea] [consultado 30/09/2024]. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>

12. Schrier L, Wyder C, Del Torso S, Stiris T, Von Both U, Brandenberger J, *et al.* Medical care for migrant children in Europe. A practical recommendation for first and follow-up appointments. [Eur J Pediatr. 2019;178:1449-67.](#)
13. Nkhoma ET, Poole C, Vannappagari V, Hall SA, Beutler E. The global prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: a systematic review and meta-analysis. [Blood Cells Mol Dis. 2009;42\(3\):267.](#)
14. Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH (Eds). Report of the Committee on Infectious Diseases, 33rd ed, American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2024. p. 189.
15. Eckerle JK, Howard CR, John CC. Infections in internationally adopted children. [Pediatr Clin North Am. 2013;60\(2\):487-505.](#)
16. Abdulla RY, Rice MA, Donauer S, Hicks KR, Poore D, Staat MA. Hepatitis A in internationally adopted children: screening for acute and previous infections. [Pediatrics. 2010;126\(5\):e1039.](#)
17. Staat MA, Rice M, Donauer S, Mukkada S, Holloway M, Cassedy A, *et al.* Intestinal parasite screening in internationally adopted children: importance of multiple stool specimens. [Pediatrics. 2011;128\(3\):e613.](#)
18. Salvador F, Treviño B, Bosch-Nicolau P, Serre-Delcor N, Sánchez-Montalvá A, Oliveira I, *et al.* Strongyloidiasis screening in migrants living in Spain: systematic review and meta-analysis. [Trop Med Int Health. 2020;25\(3\):281.](#)
19. Fernando Baquero-Artigao, Del Rosal T, Falcón-Neyra L, Ferreras-Antolín L, Gómez-Pastrana D, Hernanz-Lobo A, *et al.* Actualización del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. [Anales de Pediatría. 2023;98\(6\):460-9.](#)
20. CDC Yellow Book 2024; Sección 5: Travel-Associated Infections & Diseases [en línea] [consultado 23/10/2024]. Disponible en: Disponible en <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/table-of-contents>
21. Salas-Coronas J, *et al.* Documento de consenso para el manejo de la esquistosomiasis en atención primaria. [Atención Primaria. 2022;54\(8\):e102408](#)
22. The global health observatory (World Health Organization) [en línea] [consultado 23/10/2024]. Disponible en: https://www.who.int/images/default-source/maps/lf_2024.png?sfvrsn=73a1fd43_1
23. Imaz Iglesia I, García San Miguel L, Blasco Hernández T, Martín Águeda B, González-Enríquez J, Ayala Morilas LE, *et al.* Evaluación económica de distintas estrategias de cribado de la enfermedad de Chagas en España. IPE 2015/72. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Madrid. 2015.
24. WHO. Global tuberculosis report 2023 [en línea] [consultado 23/10/2024]. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851>
25. WHO immunization data. En: World Health Organization [en línea] [consultado el 1/10/2024]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Vaccination-schedule&location=>

26. Calendarios de vacunaciones españoles. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 1/10/2024]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>
27. Calendarios acelerados o de rescate. Comité Asesor de Vacunas – Asociación Española de Pediatría – 2023 [en línea] [consultado el 1/10/2024]. Disponible en: https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep-2023-acelerados-tablas-enero2023_web_0.pdf
28. Programa de Salud Infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 1/10/2024]. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
29. De Aranzábal Agudo M. Inmigración: indicadores de nutrición y crecimiento. *An Esp Pediatr.* 2003;58:236-40.
30. Hernández Merino A. El niño adoptado en el extranjero. Papel del pediatra de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006;8(2).
31. Esteban López S, Costenla Villoslada C, Alegría Coll I. Atención a la infancia migrante (in press).
32. Ferrer Lorente et al. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Acta Pediatr Esp.* 2012;70(4):147-54.
33. López Segura, N, Vitoria Miñana I, Dalmau Serra J. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr* 2002;57(3):227-30.
34. De la Calle Cabrera. Raquitismo carencial. Raquitismos resistentes. *Pediatría Integral.* 2015;XIX(7):477-87.
35. Bramlett MD, Radel LF, Blumberg SJ. The health and well-being of adopted children. *Pediatrics.* 2007;119(1):S54-60.
36. Harwood R, Feng X, Yu S. Preadoption adversities and postadoption mediators of mental health and school outcomes among international, foster, and private adoptees in the United States. *J Fam Psychol.* 2013;27(3):409-20.
37. Mulder L, Gerrit, Koopmans T, Selten JP. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2006;188:386-91.
38. Jones VF, Schulte EE. Council on Foster care, adoption and kinship care. Comprehensive Health Evaluation of the Newly Adopted Child. *Pediatrics.* 2019;143(5).
39. Faye Jones V. Pediatrician Guidance in Supporting Families of Children Who Are Adopted, Fostered, or in Kinship Care. *Pediatrics.* 2020;146(6):e2020034629.
40. Weitzman C, Albers L. Long-term developmental, behavioral, and attachment outcomes after international adoption. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52(5):1395-419.
41. Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA.* 2005;293(20):2501-15.
42. Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC) del Massachusetts General Hospital [en línea] [consultado 17/10/2024]. Disponible en: <https://www.massgeneral.org/assets/mgh/pdf/psychiatry/psc/psc-spanish-dhcs.pdf>