



DIRIGIDO A PROFESIONALES DE:
Psiquiatría, psicología, y enfermería de salud mental.
Pediatria, medicina de familia y enfermería de atención primaria. Servicios de protección a la Infancia y la adolescencia y servicios sociales. Educación. Otras Instituciones, entidades, asociaciones y profesionales interesados y/o relacionados con el contenido de la jornada.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:
www.jornadasadopcionzaragoza.com

Organizan:

 **IAS** Instituto Aragonés de Servicios Sociales

 **afada** Asociación de Familias Adoptantes de Aragón

Colaboran:

 **Obra Social "la Caixa"**

 **Gobierno DE ARAGON**

I JORNADAS
ABANDONO,
ADOPCIÓN Y RIESGO

16 Y 17 NOVIEMBRE
2018 ZARAGOZA

PROGRAMA

Dra. Nuria García Sánchez.

Pediatra de Atención Primaria.

Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Vocal del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría

Representante de la Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria.

Protocolos en Pediatría

Actuación en las consultas de Pediatría de Atención Primaria ante la llegada de una familia que adopta un hijo



Adopción: Aceptación voluntaria de un niño de otros padres como hijo propio, normalmente con confirmación legal.

Nacional: De niños españoles, han sido son pocos hasta ahora, está en alza.
El número de menores adoptados durante el año 2016 fue de 588

Internacional: Se realiza fuera de España.

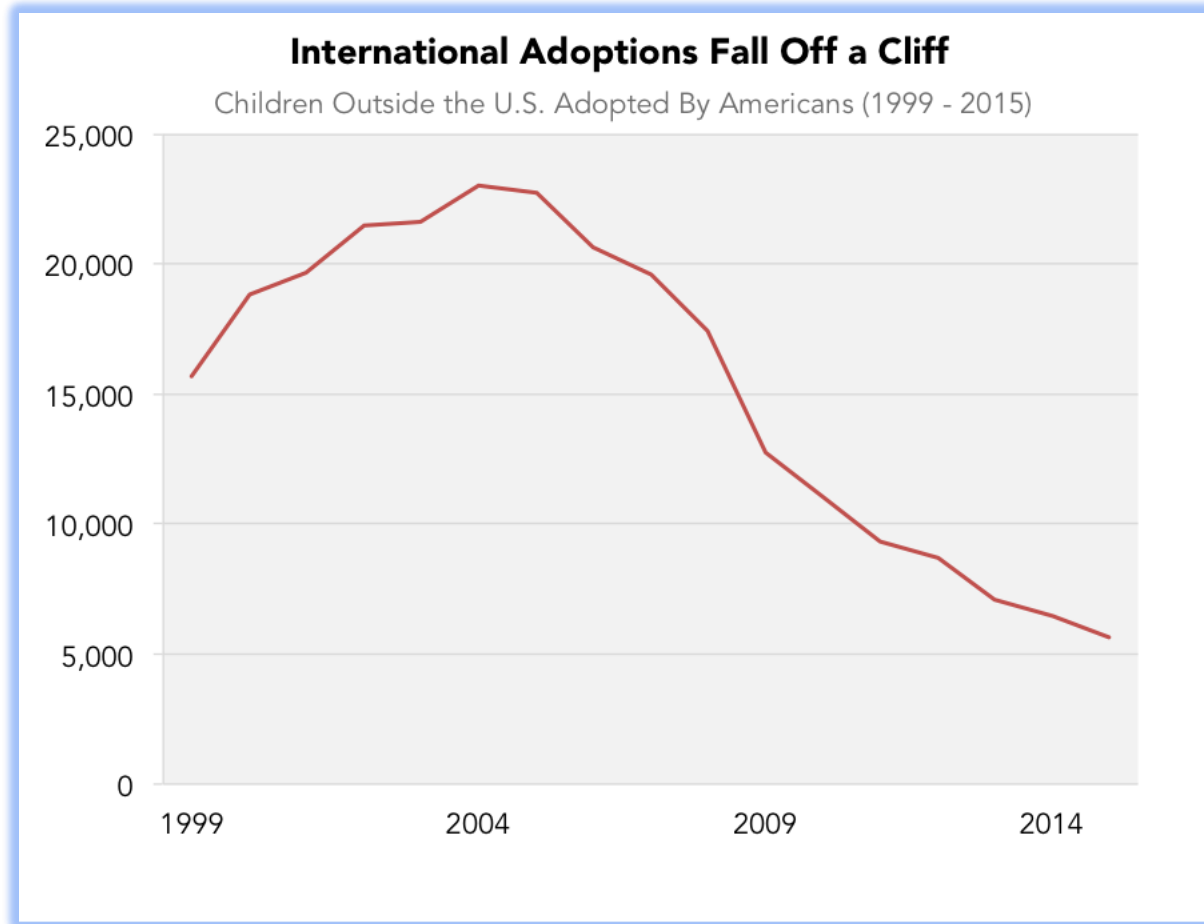
Rige Convenio de la Haya 1993.

Los derechos del niño deben ser la consideración primordial

USA > **22.884** niños año 2004.
España > **5.541** en 2004.

USA **5647** en 2014
España **567** en 2016
588 nacional

Tendencia en las cifras de adopción internacional en USA y en diversos países



A Global Decline in International Adoptions

Adoptions by Top 15 "Receiving" Countries (2004-2014)

Country	2004	2014	% Change
USA	22,884	6,441	-72%
Spain	5,541	824	-85%
France	4,079	1,069	-74%
Italy	3,402	2,206	-35%
Canada	1,949	905	-54%
Netherlands	1,307	354	-73%
Sweden	1,109	345	-69%
Germany	749	227	-70%
Norway	706	152	-78%
Switzerland	567	226	-60%
Denmark	528	124	-77%
Belgium	470	154	-67%
Ireland	398	34	-91%
Australia	370	114	-69%
UK	333	68	-80%

Data Source: [Peter Selman](https://travel.state.gov/content/travel/en/Intercountry-Adoption/adopt_ref/adoption-statistics.html) and U.S. State Department [Intercountry Adoption Statistics](https://travel.state.gov/content/travel/en/Intercountry-Adoption/adopt_ref/adoption-statistics.html)
https://travel.state.gov/content/travel/en/Intercountry-Adoption/adopt_ref/adoption-statistics.html

Evolución de las adopciones internacionales en España

Tabla 55. AI - Evolución de las adopciones por continente

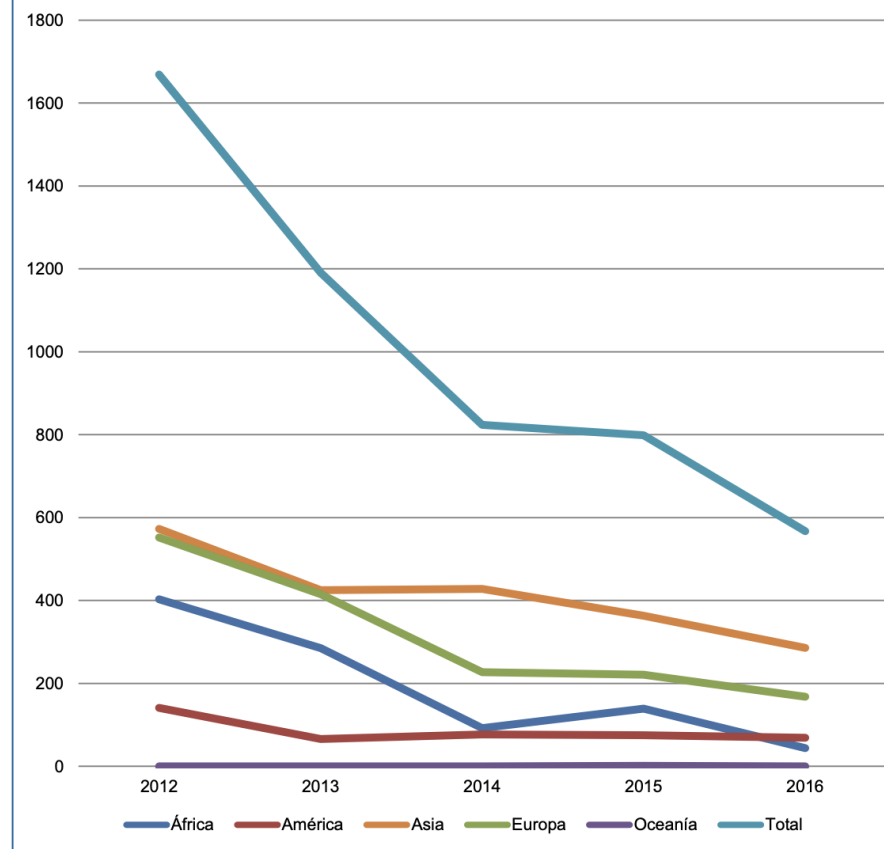
		2012	2013	2014	2015	2016
África	Abs.	403	285	92	139	44
	Tasa	4,8	3,4	1,0	1,7	0,5
América	Abs.	141	66	77	75	69
	Tasa	1,7	0,8	0,9	0,9	0,8
Asia	Abs.	573	425	428	363	286
	Tasa	6,9	5,1	4,8	4,4	3,4
Europa	Abs.	552	415	227	221	168
	Tasa	6,6	5,0	2,6	2,7	2,0
Oceanía	Abs.	0	0	0	1	0
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	Abs.	1.669	1.191	824	799	567
	Tasa	20,0	14,2	9,3	9,6	6,8

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años

Boletín de datos estadísticos
de medidas de protección a la
infancia

Boletín número 19
Datos 2016

Gráfico 79. AI - Evolución de las adopciones por continente

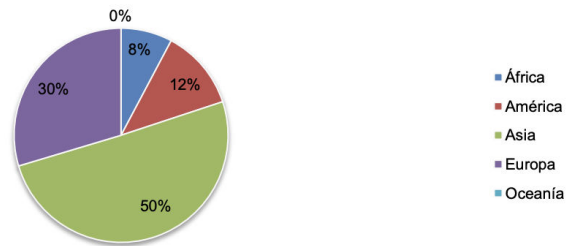


Adopción Internacional.



España ocupa el 4º lugar en adopciones internacionales tras USA, Italia, Francia y Canadá
Procedencia de los niños

Gráfico 74. Adopciones internacionales por continente



El mayor número de niños adoptados (67,5%) internacionalmente procede de

1. Vietnam
2. China
3. Rusia
4. Filipinas
5. Colombia

Ideas clave en adopción

1. La historia humana siempre ha tenido adopciones. **El origen:** conflicto humano, **pobreza** y malas condiciones de salud
2. La adopción de los últimos 25 años tiene por base la infertilidad, la nueva visión de la mujer y el deseo de completar la familia con hijos (a poder ser muy pequeños y sanos)
3. La adopción sigue siendo la mejor **medida de protección para los menores**
4. En un mundo globalizado, los países donantes de menores y los países receptores deberán asumir un coste emocional
5. Menores adoptados nacionales y menores adoptados internacionales. ¿Difieren mucho en sus necesidades educativas? **Afectivas anotación personal**
6. El tercer espacio. Los adoptados **interétnicos** realizarán un **sobre – esfuerzo** sobre el sobre – esfuerzo.
7. Un hijo es mucho **más que un buen estudiante**

Claves en la adopción

Escenario
de pobreza
Y
desigualdad

Origen
Conflicto
humano

Expectativas
de los
padres

Necesidad de
adaptación
Sobre-esfuerzo
si etnia
diferente

Aprendizaje
¿Será un buen
estudiante?

A veces
procedencia de
países con
enfermedades
tropicales

Riesgos detectados:

Enfermedades infecciosas:

Hepatitis B y C. Tuberculosis, Sífilis, Sarampión, VIH. Parasitosis.

Retraso del desarrollo

Problemas nutritivos y carenciales:

Malnutrición, raquitismo, anemias, hipotiroidismo, caries.

Condiciones genéticas:

Carencia de lactasa. Hemoglobinopatías y déficit de G6PD.

Exposición previa a tóxicos:

Plomo, radionúclidos, alcohol, tabaco. Melamina+Ácido cianúrico.

HIPERACTIVIDAD. Retraso desarrollo ¿? Litiasis renal, vías U. Insuf renal.

Pubertad adelantada-precoz.

Experiencia traumática previa:

Guerras, catástrofes, abusos, emociones "abandono".

Desajuste psico-social.

Expectativas padres. Rendimiento escolar. Adaptación.

Problemas encontrados en niños adoptados extranjeros

- Malnutrición 25,2%
- Anemia 32,3%
- Parásitos intestinales 30,2%
- Hepatitis 3-6%
- Infección TBC latente 6-19%**
- Malformación congénita 14,8%

***M. Sonego.** Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. Med Clin (Barc) 2002; 119(13):489-91.

****Mary allen Staat MD, MPH.** Infectious disease issues in internationally adopted children. Pediatr Infect Dis J. 2002; 21:255-258.

Infectious diseases prevalence, vaccination coverage, and diagnostic challenges in a population of internationally adopted children referred to a Tertiary Care Children's Hospital from 2009 to 2015

Sara Sollai, MD, Francesca Ghetti, MD, Leila Bianchi, MD, PhD, Maurizio de Martino, MD, Luisa Galli, MD, Elena Chiappini, MD, PhD*

Abstract

Infectious diseases are common in internationally adopted children (IAC).

With the objective to evaluate infectious diseases prevalence in a large cohort of IAC and to explore possible risk factors for tuberculosis (TB) and parasitic infections, clinical and laboratory data at first screening visit of all IAC (<18 years) consecutively referred to our Center in 2009 to 2015 were collected and analyzed.

In total, 1612 children (median age: 5.40 years; interquartile range: 3.00–7.90) were enrolled, 123/1612 (7.60%) having medical conditions included in the special needs definition. The most frequent cutaneous infections were *Molluscum contagiosum* (42/1612; 2.60%) and *Tinea capitis* (37/1612; 2.30%). Viral hepatitis prevalence was <1% (hepatitis B virus [HBV]: 13 children, 0.80%; hepatitis C virus: 1 child, 0.10%; hepatitis A virus: 6 children, 0.40%). A parasitic infection was diagnosed in 372/1612 (23.10%) children. No risk factors for parasitosis were evidenced. Active TB was diagnosed in 4/1355 (0.3%) children, latent TB in 222/1355 (16.40%). Only 3.7% (51/1355) children had concordant positive tuberculin skin test (TST) and QuantiFERON-TB-Gold In-Tube (QFT-G-IT) results. Risk factors for TST+/QFT-G-IT– results were previous Bacille de Calmette-Guérin vaccination (adjusted odds ratio [aOR]: 2.18; 96% confidence interval [CI]: 1.26–3.79; $P=0.006$), and age ≥ 5 years (aOR: 1.49; 95% CI: 1.06–2.11; $P=0.02$). The proportion of children with nonprotective titers for vaccine-preventable diseases (VPD) ranged from 15.70% (208/1323) for tetanus to 35.10% (469/1337) for HBV.

Infectious diseases were commonly observed in our cohort. The high rate of discordant TST/QFT-G results brings up questions regarding the optimal management of these children, and suggests that, at least in children older than 5 years, only QFT-G-IT results may be reliable. The low proportion of children protected for VPD, confirms importance of a timely screening.

Abbreviations: BCG = Bacille de Calmette-Guérin, CLIA = chemiluminescent immunoassay, FASD = fetal-alcohol spectrum disorder, HAV = hepatitis A virus, HBV = hepatitis B virus, HCV = hepatitis C virus, HIV 1–2 = human immunodeficiency virus types I and II, IAC = internationally adopted children, IGRA = interferon-gamma-release assay, IQR = interquartile range, LTBI = latent tuberculosis infection, PCR = polymerase chain reaction, QFT-G-IT = QuantiFERON-TB-Gold In-Tube assay, TPHA = *Treponema pallidum* hemagglutination assay, TST = tuberculin skin test, VPD = vaccine preventable diseases.

Keywords: adoption, children, infectious diseases, parasitic infection, tuberculosis

MIR: Sonia Torres y Yolanda Romero.

Características del estudio.

- Estudio retrospectivo.
- Durante la rotación por Atención Primaria se han revisado las historias clínicas de los niños adoptados en el extranjero, hasta el 31 Enero de 2005. (n=18).
- Se ha valorado el proceso de atención.
- Se han detectado puntos débiles.
- Se propone una mejora en la calidad de dicha atención.





Datos aportados a la llegada

- Informe previo:
 - Si 72%
 - No 28%
- Institucionalización previa:
 - Si 66,7%
 - No 5,6%
 - No consta 27,7%
- Antec.patológicos:
 - Sin interés 33,3%
 - No consta 27,7%
 - Problemas neurológicos 22,2%
 - Anemia 16,6 %
 - Prematuridad 16,6%
 - Parasitosis 11,1%
 - Escabiosis 5,5%
 - Raquitismo 5,5%
 - Sarampión 5,5%

Problemas encontrados en niños adoptados extranjeros.

Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Ninguna enfermedad	3 (16,6 %)	18,9%*
1 enfermedad	7 (38,8 %)	37,8%*
2 o más enfermedades	8 (44,4%)	43,3%*

***M. Sonogo.** Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España.
Med Clin (Barc) 2002; 119(13):489-91.


安徽省 儿童保健接种证



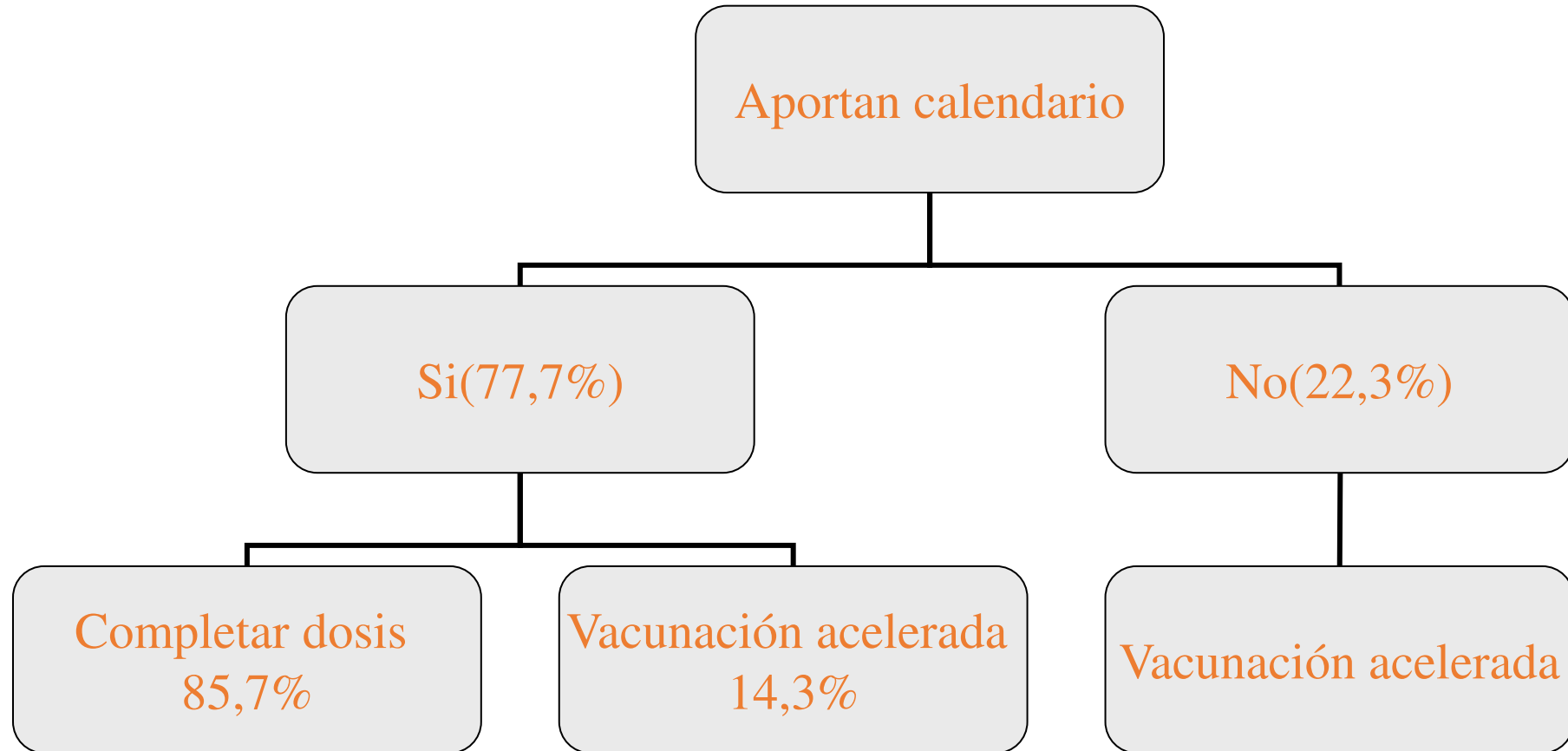
安徽省卫生厅

Calendario de vacunación
 de una niña china de
 22 meses
 procedente de un
 sistema de
 adopción internacional

儿童预防接种疫苗卡

福利院名称	新泰市社会福利院			建卡日期	2001.9.28	
儿童姓名	渝志桥		性别	女	出生日期	2000.7.20
疫苗类型	接种日期	医生签字	接种类别	接种日期	医生签字	
BCG 卡介苗	初种	2001年9月28日	黄春兰	口服	年月日	
	复种	年月日		口服	年月日	
	复种	年月日		口服	年月日	
Sarcophaga 麻疹疫苗	初种	2001年9月28日	黄春兰	注射	年月日	
	加强	年月日		注射	年月日	
	加强	年月日		注射	年月日	
Polio 小儿麻痹症疫苗	初服 I + II + III	2001年9月28日	黄春兰	口服疫苗	1	年月日
	复服 I + II + III	10月20日	黄春兰		2	年月日
	复服 I + II + III	11月20日	黄春兰		加强	年月日
	复服 I + II + III	年月日			加强	年月日
	复服 I + II + III	年月日			加强	年月日
tetanus 破伤风疫苗	初种	2001年9月28日	黄春兰	注射疫苗	甲	2001年9月28日
	初种	10月30日	黄春兰		乙	2001年10月30日
	初种	11月30日	黄春兰		丙	2002年3月20日
加强	年月日				年月日	
加强	年月日				年月日	
保健单位(盖章)						

Vacunación





Malnutrición	8 (44,4%)
Retraso global del desarrollo	7 (38,8%)
Parasitosis*	6 (33,3%)
Anemia (carencial- hereditarias)	4 (22,2%)
Trastornos de adaptación	4 (22,2%)
Raquitismo	3 (16,6%)
Alteración rendimiento escolar	3 (16,6%)
VHB	1 (5,5%)
Pubertad precoz/adelantada	1 (5,5%)
Enfermedad tuberculosa	1 (5,5%)
Hiperactividad	1 (5,5%)
Caries	1 (5,5%)
VHC, VIH,Sífilis	0 (0%)
Enf tiroidea	0 (0%)

* 2 *G. lamblia*, 2 *Blastocystis*, 1 *Entamoeba histolytica*, 1 *Entamoeba coli* y 1 *Gnathostoma*

Seguimiento clínico



	A su llegada	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Malnutrición	8 (44,4%)	7 (38,8%)	3 (16,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Anemia	4 (22,2%)	1 (5,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Retraso global del desarrollo	7 (38,8%)	2 (11,1%)	1 (5,5%)	1 (5,5%)	1 (5,5%)
Trastornos de adaptación	4 (22,2%)	3 (16,6%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)

Sería deseable una visita **PRE-ADOPCIÓN**

1. Proporcionar consejos, revisar certificados, fotos y vídeos.
Aunque pueden no proporcionar diagnósticos exactos
2. Facilitar cuidados post-adopción

Trabajar la idea
"la familia va a tener un niño"
Por un concepto mejor
**"Un niño va a tener una
familia"**

*Evaluación médica inicial**

- Comenzaremos revisando los documentos médicos aportados. Antecedentes familiares, conductas de riesgo, exposiciones prenatales
- Examen físico completo, con el niño desnudo. Especial atención a cicatrices, inflamaciones, anomalías congénitas, peculiaridades étnicas. Facies.
- Pruebas diagnósticas basadas en: Historia, examen físico y las condiciones de vida previas del niño
- Incluir screening visual, auditivo y dental, pruebas apropiadas para la edad.

67% de diagnósticos médicos pasan desapercibidos en la valoración inicial del médico de atención primaria, si no se sigue un protocolo.**

*Jones VF, Committee On Early Childhood, Adoption, And Dependent Care.

Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. Pediatrics 2012; 129:e214.

**Jane Aronson, DO. Medical Evaluation and Infectious Considerations on Arrival. Pediatric Annals 29:4/April 2000.218-23.

TABLE 1 Review of Medical History/Previous Records

- Birth records should be obtained whenever possible, particularly for children younger than 6 y
 - Prenatal blood and urine test results of biological mother
 - Exposure to medications, illegal substances, alcohol, tobacco
 - Gestational age, birth weight, length, head size; Apgar scores
 - Prenatal concerns, neonatal complications
 - Newborn hearing screening results
 - Results of newborn metabolic screening
- Previous growth points, including head circumference
- History of abuse, physical and sexual; history of neglect
- Reason for placement into adoptive home
 - Voluntary versus involuntary termination of parental rights
- Nutritional history, particularly with respect to iron, calcium, vitamin D, iodine, and other nutrients
 - Assess current dietary habits
 - Determine whether the child has any issues eating textured foods
 - Exercise history
- Developmental milestones, past and present
- Behavioral issues, particularly with respect to socialization, indiscriminate friendliness
- Laboratory test results, radiographic studies, other studies
- Immunizations
 - School records may be sufficient, particularly for older children
 - Original records and adequate timing of doses should be verified with antibody titers
 - Children with no records or records that do not appear to be original or accurate should be reimmunized
- Results (if known) of previous testing for tuberculosis, including treatment
- Chronic medical diagnoses
- Allergies (medication, food, environmental, latex, insect stings)
- Medications (both used acutely and chronically)
- Reports from previous specialists seen
 - Consider having an original translation of records from other countries
- Family history (when available)
 - Vision, hearing deficits
 - Genetic diseases
 - Concerns related to ethnicity (eg, sickle cell anemia, thalassemia, Tay Sachs disease, lactose intolerance)
 - Mental health diagnoses
- Environmental risk factors
 - Lead risks
 - Institutionalization
 - Reason and timing, if known, of placement
 - If known, feeding and sleeping schedule and environment where feeding and sleeping occurred
 - Risks for previous physical, emotional, and sexual abuse
 - Substandard housing, multiple changes in residence
 - Family members using illegal substances or alcohol, domestic violence
 - Passive tobacco exposure, methamphetamines, other illicit substances in the home environment
 - Other environmental toxins, both in the home and in the surrounding community
- Number of prior placements, quality of such care

- Exposición prenatal a tóxicos
- Desarrollo, hitos alcanzados y ritmo
- Analíticas
- Certificado de vacunaciones
- Alergias
- Riesgos ambientales
 - Plomo
 - Institucionalización

Jones VF, Committee On Early Childhood, Adoption, And Dependent Care. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics* 2012; 129:e214.

TABLE 2 Components of the Comprehensive Physical Examination Pertinent to Adoption

- Vital signs (temperature, pulse, respiratory rate, blood pressure)
- Growth points, including length or height, weight, head circumference (on all children). Data should be plotted on World Health Organization growth charts, along with comparison with any measurements previously obtained. Body mass index should be calculated and plotted.
- Complete physical examination, with emphasis on the following areas:
 - Skin examination
 - Identify infectious diseases, rashes, or infestations, including scabies, lice, and impetigo
 - Identify and document any congenital skin abnormalities, including hemangiomas, nevi, and blue macules of infancy (usually seen in children of Asian, African, or Hispanic ethnicity).
 - Identify and document bruises or scars that may have resulted from previous abuse or previous immunization.
 - Careful genitalia examination (including the anus) should be performed to identify any abnormality suspicious for prior sexual abuse or genital cutting.
 - Testing for sexually transmitted diseases should be performed with any suspicion of abuse.
 - Testing for sexually transmitted diseases should be performed if sexually active.
 - Neurologic examination, with emphasis on developmental and neurologic abnormalities.

Jones VF, Committee On Early Childhood, Adoption, And Dependent Care. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics* 2012; 129:e214.

- Peso, talla, perímetro cefálico
- Piel
- Genitales
- Examen neurológico y del desarrollo

Pruebas de cribado recomendadas para los niños de adopción internacional

- Hematimetría y bioquímica completa. Transaminasas, Ca, P, FA, Ferritina.
- Orina.
- Parásitos en heces 3 muestras. Coprocultivo.
- Serología hepatitis B y C.*
- Sífilis.
- VIH.*
- Tuberculosis: Mantoux o interferon-gamma release assays (IGRAs) ≥2 años **
- TSH o Screening metabólico. (> 2 años, < 2 años).

****Se aconseja repetir estas pruebas a los 6 meses.***

***** Se aconseja repetir estas pruebas a los 6 meses o cuando mejora el estado nutricional***

Pruebas de cribado recomendadas Solo en determinadas situaciones

- Electroforesis de HB, drepanocitosis, talasemia (Asia, Sudamérica, Africa).
- Glucosa -6-fosfato deshidrogenasa. Varones (Asia, Mediterráneo, Africa).
- Plumbemia hasta los 6 años según procedencias.
- Rx de mano y muñeca izda, si se sospecha raquitismo.
- Otras según sospecha clínica: Paludismo, CMV, Enfermedad de Chagas, etc..
- Si esonofilia descartar *Strongiloides* o *Schistosoma*

TABLE 3 Diagnostic Testing

- Infectious diseases (for updates on infectious disease screening, please consult the current AAP *Red Book*¹⁷)
 - Hepatitis B surface antigen (HBsAg), hepatitis C antibody (if from country with high prevalence)
 - HIV 1 and 2 serologic testing
 - Syphilis serologic testing
 - Nontreponemal test (RPR, VDRL, or ART)
 - Treponemal test (MHA-TP, FTA-ABS, or TPPA)
 - For newborn infants, acceptable testing includes biological mother's prenatal laboratory test results.
 - For children adopted internationally, all testing done before adoption should be repeated.
 - For children adopted internationally, the aforementioned bloodborne pathogen tests should be repeated after placement in the adoptive home for 6 mo.
 - If sexual abuse is suspected, the child should be tested for gonorrhea, *Chlamydia*, and other sexually transmitted infections. Testing should include any suspected site of abuse, including the mouth and rectum.
 - Tuberculosis
 - PPD should be placed on all at risk newly adopted children, including those with previous BCG immunization before placement with the adoptive family.
 - For all children adopted internationally, testing must be repeated after placement in the adoptive home for 6 mo.
 - Children who are anergic because of chronic malnutrition may have a negative initial PPD. PPD also evaluates children who were exposed to active cases of tuberculosis just before placement.
 - Interpretation of positive test results should be consistent with the exposure history and nutritional status of the child, as per the guidelines in the *Red Book*. Previous BCG immunization before placement should not be considered to be a contraindication to placement of a PPD in any child. A positive PPD should never be assumed to be secondary to the BCG vaccine.
 - Stool pathogens should be screened for any child who previously lived in inadequate housing, another country, or an institution or has diarrhea. Diarrhea need not be present for children to have parasite infections.
 - Ova and parasites: 3 tests for optimal screening (48–72 h between collection of each specimen)
 - If available, antigen testing for *Giardia* and *Cryptosporidia* species should be obtained.
 - Following treatment of stool parasites, repeat stool studies should be performed to ensure eradication of the parasite.
 - Consider stool bacterial culture if diarrhea is present.
- Anemia, metabolic, and nutritional screening
 - Complete blood cell count with red cell indices
 - Routine anemia screening is indicated for all children 6 mo or older, as well as all children adopted internationally.
 - In children with an absolute eosinophil count exceeding 450 cells/mm³ and negative stool ova and parasite examinations, consider serologic testing for *Strongyloides* and *Schistosoma* species for children from certain regions.¹⁵
 - Screening for hemoglobinopathies and blood disorders in children of African, Asian, Hispanic, or Mediterranean ethnicities
 - Sickle cell disease
 - Thalassemia
 - G-6-PD deficiency
 - Blood lead concentration for children up to 6 y of age; older ages if indicated (ie, refugees, at-risk cultural practices)
 - Newborn screening panel (young infants)
 - Rickets screening (calcium, phosphorus, alkaline phosphatase) for children who were institutionalized, have growth delay, or had history of poor vitamin D intake or limited sunlight.
 - Most children are easily treated for this with increased calcium in the diet and a daily multivitamin.
- Testing does not need to be repeated for children adopted from the US foster care system who previously had laboratory studies consistent with the recommendations from the AAP

ART, automated reagin test; BCG, bacille Calmette-Guérin; FTA-ABS, fluorescent treponemal antibody absorption; G-6-PD, glucose-6-phosphate dehydrogenase; MHA-TP, microhemagglutination *Treponema pallidum*; PPD, purified protein derivative; RPR indicates rapid plasma reagin; TPPA, *Treponema pallidum* particle agglutination; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory.

Jones VF, Committee On Early Childhood, Adoption, And Dependent Care. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics* 2012; 129:e214.

Table 2.15. Screening Tests for Infectious Diseases in International Adoptees, Refugees, and Immigrants^a

Hepatitis B virus serologic testing:

Hepatitis B surface antigen (HBsAg); the panel should be performed to include hepatitis B surface antibody (anti-HBs) and hepatitis B core antibody (anti-HBc)

Hepatitis C virus serologic testing

Syphilis serologic testing:

Nontreponemal test (eg, RPR, VDRL, or ART)

Treponemal test (eg, MHA-TP, FTA-ABS, EIA, CIA, or TPPA)

Human immunodeficiency virus (HIV) 1 and 2 serologic testing

Complete blood cell count with red blood cell indices and differential

Stool examination for ova and parasites (3 specimens)^b with specific request for *Giardia intestinalis* and *Cryptosporidium* species testing

Tuberculin skin test^b or interferon-gamma release assay

In children from countries with endemic infection^b:

Trypanosoma cruzi serologic testing

In children with eosinophilia (absolute eosinophil count exceeding 450 cells/mm³) and negative stool ova and parasite examinations^c:

Strongyloides species serologic testing

Schistosoma species serologic testing for children from sub-Saharan African, Southeast Asian, and certain Latin American countries

Lymphatic filariasis serologic testing for children older than 2 years from countries with endemic infection^b

RPR indicates rapid plasma reagin; VDRL, Venereal Disease Research Laboratories; ART, automated reagin test; MHA-TP, microhemagglutination test for *Treponema pallidum*; FTA-ABS, fluorescent treponemal antibody absorption; EIA, enzyme immunoassay; CIA, chemiluminescence assay; TPPA, *T pallidum* particle agglutination.

^aFor evaluation of noninfectious disease conditions, see American Academy of Pediatrics, Council on Community Pediatrics. Providing care for immigrant, migrant, and border children. *Pediatrics*. 2013;131(6):e2028-e2034.

^bSee text.

^cSome experts would perform serologic tests for schistosomiasis in children from areas with high endemicity regardless of eosinophil count because of its poor positive- and negative-predictive values.

.....
**MEDICAL EVALUATION FOR INFECTIOUS
 DISEASES FOR INTERNATIONALLY ADOPTED,
 REFUGEE, AND IMMIGRANT CHILDREN^{1,2}**

Annually, thousands of children from other countries are adopted by families in the United States. In recent years, more than 90% of international adoptees were from Asian

American Academy of Pediatrics. Medical evaluation for infectious diseases for internationally adopted, refugee, and immigrant children. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2018. p.176.

Algunas consideraciones al protocolo

- Analizar criterios clínicos del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) Rusia, Europa del Este y del Espectro del SAF.

Exposición prenatal al alcohol en niños adoptados:

En Rusia el consumo regular de alcohol en mujeres de edad fértil es el 30% y el consumo en fines de semana de las adolescentes es >54%.



Misdiagnosis and Missed Diagnoses in Foster and Adopted Children With Prenatal Alcohol Exposure

Ira J. Chasnoff, MD, Anne M. Wells, PhD, Lauren King, MA

abstract

OBJECTIVE: The purpose of this article is to assess the rate of misdiagnosis and missed diagnoses of fetal alcohol spectrum disorders (FASD) among a population of foster and adopted youth referred to a children's mental health center.

METHODS: Data were collected from a sample of 547 children who underwent a comprehensive multidisciplinary diagnostic evaluation. Utilizing current diagnostic criteria, children were

Chasnoff IJ et al. Misdiagnosis and Missed Diagnoses in Foster and Adopted Children With Prenatal Alcohol Exposure

PEDIATRICS Volume 135, number 2, February 2015. 265

547 niños son sometidos a una evaluación exhaustiva y cuidadosa

Usando criterios diagnósticos de:

- ✓ Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)
- ✓ Síndrome Alcohólico Fetal Parcial
- ✓ Retraso del desarrollo relacionado con el alcohol
- ✓ Defectos de nacimiento relacionados con el alcohol

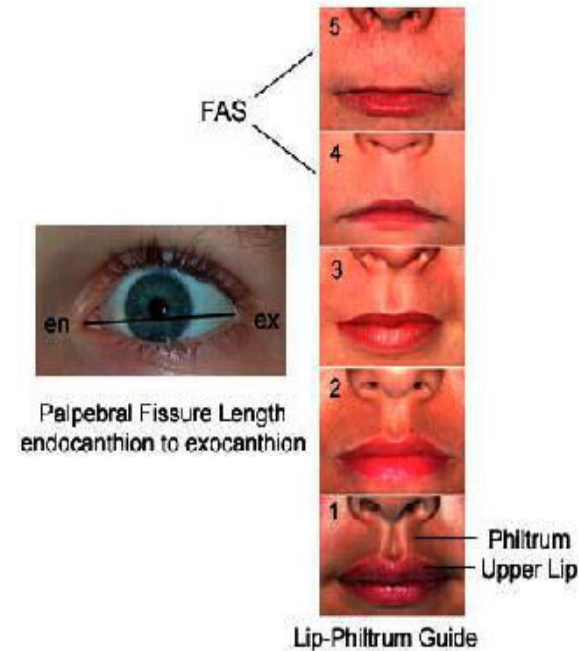
125 nunca habían sido identificados como niños con exposición prenatal al alcohol

80,1% de diagnósticos no detectados

Síndrome alcohólico fetal (FAS) y trastornos del espectro del Sd alcohólico fetal (FASDs).



Escala de Likert



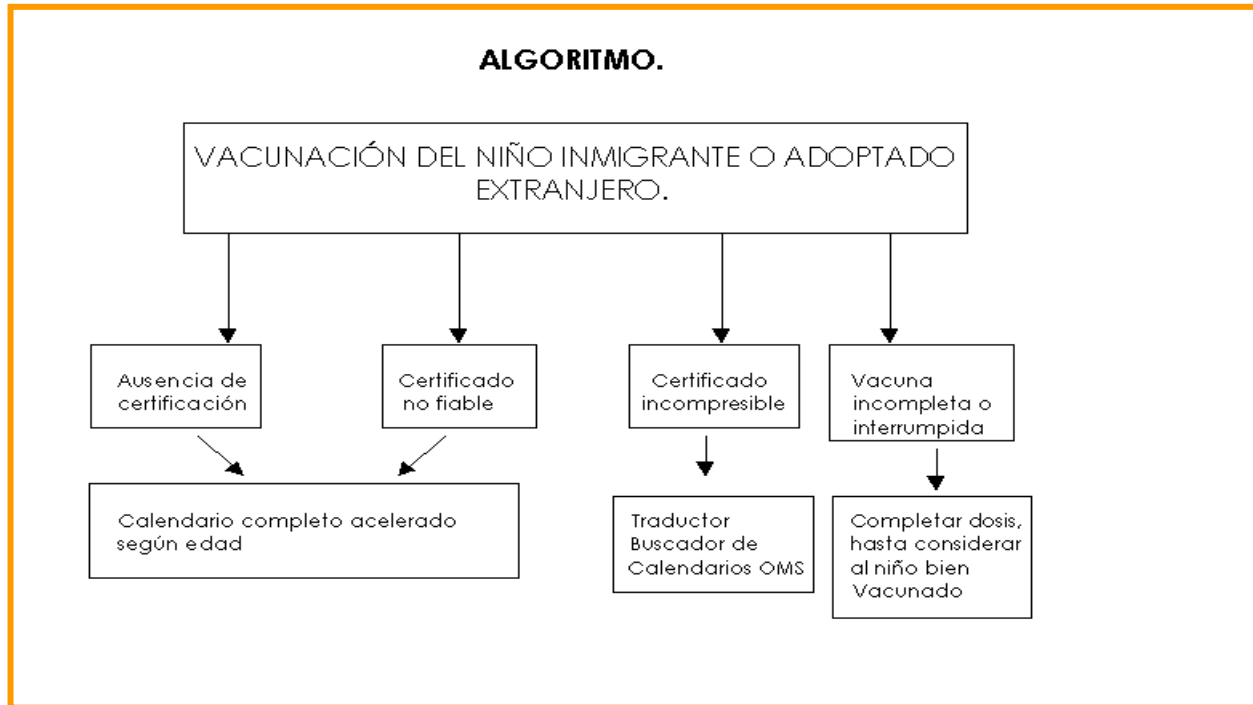
Fisura palpebral pequeña.
Filtro aplanado.
Labio superior delgado y fino.

/

Davies JK, Bledsoe JM. Prenatal Alcohol and Drug exposures in Adoption: *Pediatr Clin N Am* 2005;52:1369-93.

<http://depts.washington.edu/fasdpn>

Esquema de actualización de vacunas



CALENDARIOS DE VACUNACIONES DE RESCATE O ACCELERADOS
Comité Asesor de Vacunas - 2018

1 de enero de 2018

Esta tabla indica el **número de dosis necesarias, según la edad**, para los niños y los adolescentes con calendario de vacunaciones incompleto o que comienzan la vacunación tardíamente. Es importante respetar la edad mínima para la administración y los intervalos mínimos entre dosis. No se ha de reiniciar una pauta de vacunación si ya se han administrado dosis previas, sino completarla independientemente de lo prolongado que sea el intervalo transcurrido desde la última dosis. Las reacciones adversas se deben notificar a las autoridades sanitarias.

NÚMERO DE DOSIS RECOMENDADAS DE CADA VACUNA SEGÚN LA EDAD			
Asociación Española de Pediatría 2018			
Comité Asesor de Vacunas			
VACUNA	EDAD		
	< 24 meses	24 m - 6 años	7 - 18 años
Hepatitis B	3	3	3
Difteria, tétanos y tosferina ¹	3	3 - 4	-
Tétanos y difteria de baja carga antigénica ²	-	-	3 - 5
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ³	1 - 3	1	-

• **García Sánchez N, De Juan Martín F.** La vacunación del niño inmigrante y del procedente de Adopción Internacional. Un gran reto. **Bol Pediatr Arag Rioj Sor.** 2004;34:45-54.

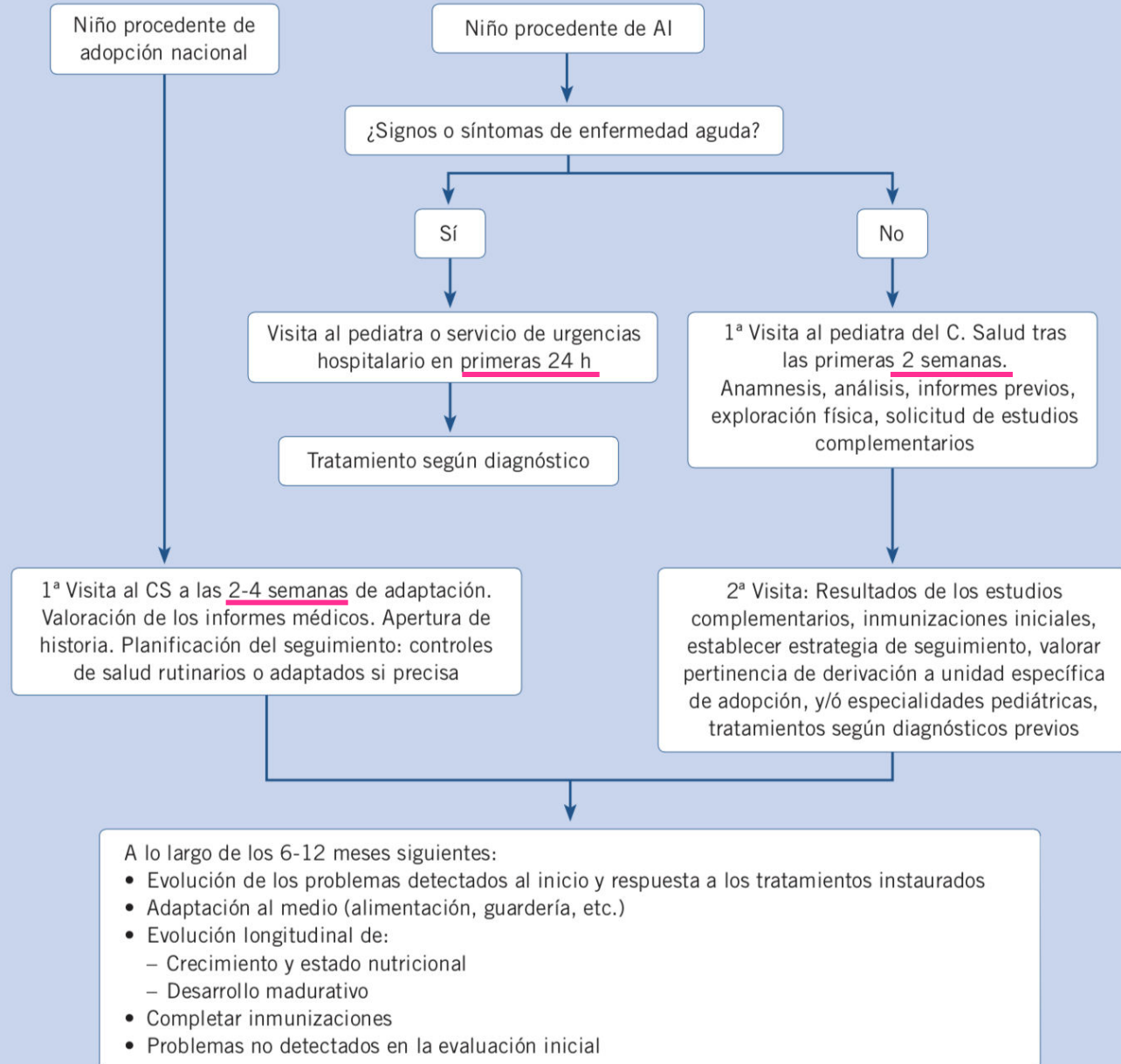
<http://www.comz.org/sociedades/spars/boletinspars/mayo-agosto>

https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep_2018_acelerados_tablasb.pdf

Protocolo de adopción

Algoritmo modificado
de la Guía CORA

Destacamos el comienzo
De la actuación



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

- Exploración física completa.
- Evaluación del crecimiento y estado de nutrición.
- Evaluación inicial del desarrollo psicomotor.
- Evaluación de signos de maltrato.
- Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones.
- Evaluación de la visión y audición.
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Hemograma.
 - – Hierro, transferrina y ferritina séricos.
 - – Bioquímica elemental.
 - Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo).
 - Parásitos en heces (3 muestras).
 - Serología VIH (anti-VIH 1 y 2)
 - Serología hepatitis B (incluir los marcadores: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total) , serología hepatitis C (anti-HCV) .
 - Serología sífilis (RPR y/o VDRL) .
- Prueba de tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml; 2 UI PPD RT-23) .

Evaluación médica específica recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero

- Analizar criterios clínicos de sospecha de síndrome alcohólico fetal .
- Evaluación de la dentición.
- Evaluación del desarrollo puberal.
- Evaluación de la edad cronológica.
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Estudio de hemoglobinopatías †.
 - Talasemias, drepanocitosis, otras hemoglobinopatías.
 - Glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.
 - Bioquímica, sedimento de orina y cultivo.

Coprocultivo (1 muestra).

Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.) .

Función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH)

Estudio de paludismo (gota gruesa y frotis de sangre periférica)

Investigación de citomegalovirus (cultivo de orina, IgM, IgG), toxoplasmosis y rubéola (IgM, IgG)

Serología hepatitis A (IgM, IgG)

Serología de enfermedad de Chagas (Trypanosoma Cruzi, IgG)

Seguimiento médico de los niños procedentes de AI

- Problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial.
- Respuestas a los tratamientos administrados.
- Evolución longitudinal de:
 - Crecimiento y estado nutricional.
 - Desarrollo psicomotor.
 - Adecuada administración de inmunizaciones.
- Adaptación de la alimentación.
- Evolución del desarrollo:
 - Puberal
 - Visión/audición.
 - Dentición.
 - Afectivo-emocional y comportamiento.
 - Lenguaje.
 - Social-escolar.
- Posible aparición de problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos.




La Dr^a. Jenista dice que ...

...Para niños adoptados internacionalmente, **el problema de las inmunizaciones es en ocasiones el menor**, más preocupante es si el niño tiene una **tuberculosis, giardiasis**, problemas dentales, **crecimiento y desarrollo adecuado, incluyendo la salud mental.**

¿Dentro de 10 años, estarán bien adaptados estos niños y sus familias?

“Tenemos que poner las cosas en su perspectiva adecuada”.



"un futuro de desarrollo sostenible
comienza salvaguardando
la salud de todos los niños"

Kofi A. Annan.

Muchas gracias por la atención.

