


ADOPCIÓN

INTERNACIONAL

GUÍA MÉDICA PARA PADRES

 Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús  Comunidad de Madrid

 Hospital Carlos III
 Comunidad de Madrid

 **IM**
INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA

Instituto Madrileño del Menor y la Familia
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES



Comunidad de Madrid



Adopción internacional. Guía médica para padres

Directores: Jesús García Pérez
 Julián Lirio Casero
 José A. Díaz Huertas
 Hospital Universitario Niño Jesús

Edita: Instituto Madrileño del Menor y la Familia
 Consejería de Familia y Asuntos Sociales
 Comunidad de Madrid

Imprime: B.O.C.M.

Deposito legal : M - 1362 - 2006

ADOPCIÓN INTERNACIONAL

GUÍA MÉDICA PARA PADRES

Índice	pagina
Presentación	3
Equipo Elaboración de la Guía	5
1. Problemas de salud de los niños de origen extranjero	7
2. Atención a la salud del niño adoptado	17
3. Pautas de actuación ante problemas médicos comunes	27
4. Consejos sanitarios para viajes internacionales	37
5. Bibliografía	45
6. Direcciones de interés	47

Presentación

Al inicio de 2006 serán ya más de cinco mil los niños y niñas que, procedentes de muy diversas partes del mundo, viven con sus nuevas familias madrileñas tras su adopción.

La ratificación, en 1995, del *Convenio de La Haya de 1993 en materia de protección al niño y cooperación en materia de adopción internacional* ha abierto esta puerta a miles de niños que ahora pueden gozar de una familia, y ha convertido a la Comunidad de Madrid en uno de los lugares de Europa y del mundo que más adopciones internacionales recibe.

Desde la entrada en vigor en nuestro país de dicho Convenio, la Comisión de Tutela del Menor, adscrita al Instituto Madrileño del Menor y la Familia, dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, ha desempeñado la función de *Autoridad Central en materia de Adopción Internacional* en los términos previstos en el dicho tratado. En ejercicio de esa función se ha responsabilizado de la preparación de las familias adoptantes, de su declaración de idoneidad, de la coordinación con las administraciones del país de origen de los menores, así como del seguimiento post-adoptivo.

Estos cinco mil niños y niñas han supuesto para la Consejería de Familia y Asuntos Sociales el desarrollo de una intensa actividad desde mucho antes de su llegada a nuestra Comunidad y un firme compromiso ético y profesional con los niños y con las familias madrileñas.

En la actualidad, la adopción internacional reúne el esfuerzo coordinado de numerosos profesionales, entidades e instituciones que se ocupan de todo el proceso, desde la información y la formación previa de los solicitantes, hasta el seguimiento de la adaptación de los niños y el apoyo post-adoptivo para lograr la mejor integración familiar.

La *Guía médica para padres* surge como una iniciativa de la Unidad de Pediatría Social del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús integrada en la Red Asistencial de la Consejería de Sanidad y Consumo y es uno de los frutos de la larga dedicación a las familias adoptivas y a la atención de los niños por parte de este Hospital y del

Hospital Carlos III, -ambos hospitales integrados en la red asistencial de la Consejería de Sanidad y Consumo- en colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia

La integración no podemos considerarla completa, si al niño adoptado no le asisten las mismas garantías y programas de salud que se ofrecen a los nacidos en España, por este motivo resulta pertinente una Guía como esta que incluye una serie de recomendaciones –supeditadas siempre al criterio de su Pediatra- para garantizar la salud del niño, sobre la base de los programas que nuestro Sistema Sanitario tiene específicamente dedicados a la atención infantil.

En este sentido cabe destacar la adaptación al Calendario Vacunal oficial y el seguimiento del Programa del Niño Sano a través de los Pediatras de los Centros de Atención Primaria, así como de la asistencia que se ofrece en los hospitales de la Red Sanitaria Pública que cuentan con magníficos profesionales y servicios para atender y seguir cualquier problema de salud, con el mayor nivel de especialización.

La Guía representa un excelente trabajo de los profesionales sanitarios y sociales de la Comunidad de Madrid y con ella, la Consejería de Sanidad y Consumo y la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, pretendemos ofrecer a estas familias madrileñas un elemento de ayuda más en la nueva etapa de convivencia que inician.

Para todos nosotros supone la satisfacción de continuar ofreciendo el mejor apoyo a las familias de la Comunidad de Madrid, así como una nueva muestra del trabajo que realizamos en interés de los niños y que preside cada una de nuestras actuaciones.

Madrid, 20 de noviembre de 2005

Manuel Lamela Fernández
Consejero de Sanidad y Consumo

Beatriz Elorriaga Pisarik
Consejera de Familia y Asuntos
Sociales

EQUIPO DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Dirección: Dr. Jesús García Pérez
Dr. Julián Lirio Casero
Unidad de Pediatría Social.
Hospital Universitario Niño Jesús

Coordinación: Dr. José A. Díaz Huertas
Unidad de Pediatría Social.
Hospital Universitario Niño Jesús
Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Con la colaboración de: Dr. Pablo Martín Fontelos
Dra. Milagros García Hortelano
Dra. María José Villeruelo Ortega
Dr. Julián Villota Arrieta
Dra. María José Mellado Peña
Hospital Carlos III

Antonio Ferrandis Torres
Instituto Madrileño del Menor y la Familia

1. Problemas de salud de los niños adoptados

Salud de los niños adoptados

Problemas de salud más frecuentes en niños adoptados

Problemas sanitarios prioritarios en adoptados de:

- China y sudeste asiático.
- Rusia y este de Europa.
- Subcontinente indio.
- Iberoamérica.

1. Problemas de salud de los niños adoptados

▪ Salud de los niños adoptados

Los niños que se incorporan a una nueva familia por medio de la adopción han vivido previamente meses o años en otro ambiente, generalmente, en instituciones – centros de acogida y traen consigo un cúmulo de vivencias, recuerdos, experiencias y, en algunos casos, dificultades asociadas a esas etapas.

El ámbito familiar en el que han vivido no siempre ha contado con las condiciones adecuadas de cuidado e higiene, y lo mismo pudo haber ocurrido en los ambientes institucionales, generalmente masificados y con escasos recursos. Por esta razón algunas dificultades y patologías son comunes a estos niños, aunque provengan de diferentes países de origen.

La atención a estos niños va encaminada a determinar y atender los efectos de varios factores:

- El país de procedencia determina una serie de particularidades a tener en cuenta (falsificación de informes de adopción, enfermedades prevalentes ligadas a determinantes étnicos o raciales, enfermedades endémicas, condicionantes ambientales (alrededor del 20% de los niños que viven en Pekín, Shanghai, Sellan y muchos de los niños inmigrantes procedentes de las grandes ciudades industriales chinas o rusas tienen cifras altas de plomo en sangre, lo que condiciona alteraciones del crecimiento y retraso mental), programas de vacunación y nivel de inmunización de la población infantil.
- La institucionalización del niño (orfanato) y el tiempo de permanencia en el mismo: retraso pondero-estatural y psicomotor. Como norma se acepta que los niños adoptados pueden tener un retraso de crecimiento y desarrollo intelectual equivalente a un mes por cada 3 a 5 que han permanecido institucionalizados y, que cuanto menor sea la edad de los niños

en el momento de la adopción y menos tiempo hayan permanecido internados en una institución, mejor será su situación sanitaria, aunque tampoco podemos asegurar que un niño mayor venga en peores condiciones.

- El sexo. Las niñas en ciertas culturas son claramente discriminadas por motivos económicos, culturales y sociales (necesidad de conseguir una dote, políticas que favorecen las familias monofiliales (como en China, etc.). Eso condiciona que en países como India se realicen abortos selectivos de los fetos con sexo femenino, o bien sean abandonadas o entregadas para adopción más frecuentemente que los niños. En diferentes zonas geográficas como China, India, Norte de África y Oriente Medio la mortalidad de las niñas entre los 0 y 4 años es mayor. Incluso algunos trabajos han demostrado que la cobertura vacunal de niños en Bombay es mayor que en niñas, y que la ausencia de cuidados a éstas es independiente del nivel económico de la familia. Esta es una situación reversible provocada más por motivos culturales que por la penuria económica, ya que los inmigrantes de estas zonas que llegan a países desarrollados cambian sus costumbres y cuidados y vacunan a sus hijos, independientemente del sexo.

Las enfermedades infecciosas de los niños adoptados incluyen, como es habitual en la patología del inmigrante, tres tipos de situaciones:

- Las habituales en la población autóctona.
- Las relacionadas con las condiciones higiénicas o sanitarias del país de origen.
- Las enfermedades importadas.

En la práctica, las dos enfermedades que han sido transmitidas por niños adoptados son la tuberculosis y la hepatitis B. Además, al ser la forma de transmisión diferente (vía aérea frente a vía parenteral/

sexual) la repercusión es diferente, adoptando una forma de brote en el caso de la tuberculosis y una difusión intrafamiliar en el de la hepatitis B.

Por ello, es preciso, como en otros colectivos la realización de un cribaje de diversas enfermedades. Los organismos internacionales han formulado normativas específicas. En lo que respecta a la prevención de enfermedades infecciosas tiene interés precisar la necesidad de repetir el cribaje a los 6 meses de la llegada de infección tuberculosa (Mantoux) por la posibilidad de una *anergia* (falta de respuesta debido a la malnutrición) y de enfermedades víricas (VIH, Hepatitis B y C) por la posibilidad de un periodo “*ventana*” o de incubación.

▪ **Problemas de salud más frecuentes en niños adoptados**

Entre las **frecuentes** sobresalen:

- Trastornos del desarrollo madurativo: retraso de la motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje, cognitivo, socioemocional y global de los niños, siendo en su mayoría de grado leve o moderado. Los porcentajes son mayores cuanto mayor es el niño y mayor el tiempo de internamiento en el orfanato.
- Trastornos de crecimiento: fallo de medro en menores de 3 años, retraso de crecimiento en mayores de 3 años y microcefalia (especialmente en Este de Europa)
- Trastornos nutricionales y alimentarios: malnutrición, anemia ferropénica, raquitismo presente o pasado y problemas e intolerancias alimentarias.
- Infecciones intestinales parasitarias: Giardia lamblia, infección tuberculosa latente o activa, infección por virus de hepatitis B infecciones intestinales bacterianas e infecciones respiratorias.
- Inmunizaciones ausentes o incompletas o vacunas que no crearon títulos de anticuerpos protectores.

- Problemas dermatológicos (escabiosis = sarna) y dentales.

Entre los problemas **frecuentes**:

- Trastornos psicopatológicos en niños con historia de maltrato, mayores de 7 años en el momento de la adopción y/o institucionalización prolongada.
- Disfunción tiroidea.
- Asma bronquial.
- Enfermedad relacionada con consumo de alcohol durante la gestación. Síndrome alcohólico fetal.
- Anemias por hemoglobinopatías.
- Pubertad adelantada en niñas.
- Trastornos de audición.
- Anomalías congénitas prenatales: cardíacas, craneofaciales, renales.
- Trastornos de visión.
- Hemofilias.
- Displasia de cadera.
- Tuberculosis, Hepatitis A y B, infección VIH y anticuerpos positivos.
- Sífilis.

Problemas sanitarios prioritarios en adoptados de China y sudeste asiático

La información médica que procede de China es mínima, suele limitarse a la detección de ciertas enfermedades transmisibles y defectos físicos o mentales graves, y a veces puede estar adulterada.

En China existen enfermedades muy similares a las de nuestro país junto con algunas pocas más específicas de su territorio. Por otra parte las niñas y niños ingresados en sus orfanatos pueden tener algunos factores de riesgo asociados a los motivos de adopción. La valoración de todos esos factores es el motivo por el que se somete a los pequeños a un exhaustivo chequeo médico en España, aunque su orientación debe empezar incluso antes.

Hay que tener presente que, en China, las niñas son abandonadas por razones económicas y a causa de la “política de un solo hijo” que grava económicamente a las familias múltiples. Casi todos los niños abandonados son de sexo femenino, y habitualmente son encontradas en hospitales o a las puertas de los propios orfanatos u otros edificios públicos para asegurar que reciban cuidados inmediatos.

La política de hijos únicos ha provocado un envejecimiento de la población y eso ha empujado a las autoridades sanitarias a concentrarse en enfermedades crónicas a costa de perjudicar los servicios de prevención de infecciones. Además en China se cobra a los padres o tutores legales la vacunación de los niños siendo el único país del mundo en hacerlo y eso puede provocar una disminución de la cobertura vacunal. Por otra parte existe una gran diferencia entre la sanidad china de áreas urbanas (al menos suficiente) y la escasa estructura de las áreas rurales.

Habitualmente los orfanatos disponen de escasa información de la niña, e incluso de la atención médica recibida en los hospitales (cuando esto ocurre). Sabemos que cuanto menor sea la edad de la niña en el momento de la adopción y menos tiempo haya permanecido internada en una institución, mejor será su situación sanitaria, aunque tampoco podemos asegurar que un niña mayor venga en peores condiciones.

En los orfanatos, la calidad de vida de los niños es muy elemental, a veces en un régimen de vida de pura subsistencia. En los últimos tiempos comprobamos que algunas de estas niñas empiezan a ser acogidas por familias (muchas veces de los propios funcionarios del orfanato) a las que el gobierno ofrece ayudas económicas para hacer frente a los gastos de manutención de los menores hasta finalizar el proceso adoptivo.

Problemas sanitarios prioritarios en adoptados de Rusia y este de Europa

Los países del Este de Europa, en especial Rusia, presentan con frecuencia situaciones de riesgo social como pobreza económica, paro laboral, alcoholismo, drogadicción, violencia familiar, delincuencia, prostitución, enfermedades contagiosas como SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, sífilis, etc. que provocan situaciones de abandono, desamparo y, por tanto, el internamiento de estos niños en orfanatos.

Estos factores, junto con la situación sanitaria, organización de recursos, etc. hacen que los niños adoptables de esta región del planeta tengan un alto riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo intelectual y problemas psíquicos.

Los informes médicos preadoptivos que nos llegan ofrecen una información escasa y confusa. Se caracterizan por mencionar numerosos diagnósticos, la mayoría de tipo neurológico, utilizando una terminología diferente a la que emplea la medicina occidental que sugiere enfermedades importantes del sistema nervioso central. En concreto la mayoría de los informes revisados tienen algún diagnóstico de problema neurológico y 2 de cada 3 incluyen al menos dos de estos diagnósticos.

Por tanto, deben valorarse con precaución los datos contenidos en los informes.

Problemas sanitarios prioritarios en adoptados de subcontinente indio

La institucionalización en centros de menores masificados y con escasos recursos económicos; y la inadecuada estimulación psicofísica pueden traer aparejado algún grado de retraso psicomotor.

La mayoría de los niños adoptados procedentes del subcontinente indio presentan una vacunación insuficiente, por lo cual será necesario que el pediatra evalúe la necesidad de una revacunación.

El paludismo, por ser una enfermedad endémica en algunas zonas del país, será un factor a tener en consideración.

Problemas sanitarios prioritarios en adoptados de Iberoamérica

La pobreza, la falta de oportunidades laborales, el embarazo adolescente, la falta de recursos para acceder a los métodos anticonceptivos, las familias numerosas suelen ser motivos que llevan a la institucionalización de estos niños.

Si bien los hogares y orfanatos suelen padecer carencias económicas, no son por lo general tan masificados, cuentan con un personal que suple su falta de preparación con una actitud afectuosa hacia los niños, que juega un importante papel en el establecimiento de vínculos afectivos y en el desarrollo psicosocial de los menores.

El calendario vacunal suele ser respetado y los niños suelen presentar escasos problemas sanitarios de importancia.

2. Atención a la salud del niño adoptado

Consulta médica de preadopción

Consultas postadopción

Consulta inicial

Visita a los 3 - 6 meses

Visita a los 12 meses

Vacunación en niños adoptados

2. Atención a la salud del niño adoptado

Consulta médica de preadopción

El objetivo de esta valoración es intentar descartar malformaciones o enfermedades muy evidentes y, fundamentalmente preparar el viaje y asesorar e informar a los padres sobre los problemas médicos más frecuentes en este grupo de niños, pero en ningún caso descarta la presencia de patología. El aspecto aparentemente saludable y la información médica contenida en el expediente del niño, incluida su situación vacunal, nunca deben merecer nuestra confianza absoluta.

La práctica diaria demuestra que los informes deben ser valorados por pediatras con amplia experiencia en adopciones, de lo contrario la complejidad y gravedad de los diagnósticos que aparecen pueden favorecer la recomendación infundada de rechazar una asignación.

El historial médico del niño aportado a la preasignación en la mayoría de países consiste en un formulario de examen físico junto con un listado de enfermedades previas con poca referencia a datos fundamentales de la historia peri y postnatal. Es el resultado de uno o dos controles de salud que pueden incluir una analítica básica con marcadores de HIV, Hepatitis B y Sífilis y permiten descartar enfermedades y/o discapacidades graves, pero han sido realizados con anterioridad al momento de la adopción (no necesariamente por un pediatra). Rara vez hay anotaciones sobre incidencias en el desarrollo o problemas agudos, y cuando aparece algún dato diagnóstico o de tratamiento la terminología usada puede ser confusa o errónea.

Por tanto, en la mayor parte de las ocasiones, el papel del médico se limita a traducir a un lenguaje comprensible la información sanitaria contenida en los informes y valorar la posibilidad de contradicciones o discordancias entre los datos allí reflejados. Nunca podremos ofrecer una certificación de salud del niño.

La información escrita puede ser complementada con una visión directa del niño (fotografías) o, preferiblemente dinámica (videograbación).

Objetivos de consulta médica preadoptiva:

- Recopilar datos del niño
- Recopilar datos de la familia biológica
- Comprobar información gráfica
- Valoración e interpretación de informes médicos
- Ofrecer datos sanitarios sobre países de origen
- Informar sobre efectos socio-sanitarios de la institucionalización
- Recopilar datos ofrecidos por los padres sobre condiciones del país, orfanato,...
- Preparar el viaje de recogida

Información mínima que los padres deben conseguir

Información mínima que los padres deben conseguir de los documentos, directores o cuidadores de la Institución donde está internado el niño es:

1. Datos del niño

- Edad de institucionalización
- Motivo (abandono, renuncia, orfandad, retirada patria potestad...)
- Lugar de abandono (en su caso)
- Motivo de retirada de patria potestad (en su caso): económicos, negligencia, maltrato...
- Datos del embarazo, parto, período neonatal (peso, talla, perímetro cefálico, test de APGAR...)
- Enfermedades previas
- Medicaciones, vacunas, transfusiones recibidas
- Analíticas realizadas y valoración por especialistas (fecha y resultados)
- Evolución antropométrica (peso, talla y perímetro cefálico)

2. Antecedentes familiares (al menos maternos)

- Edad
- Ocupación (descartar prostitución, etc.)
- Talla (para pronóstico de talla)
- Hábitos tóxicos (alcohol, drogadicción...)
- Enfermedades transmisibles (infecciosas y hereditarias)

3. Información general, hábitos y comportamiento

- Comida (dieta, forma de administración – biberón, triturado, sólidos - y horarios)
- Actividades diarias (cronograma de un día normal en el orfanato)
- Información del desarrollo: juegos (solitarios/colectivos), juguetes, mascotas, elementos a los que tenga especial apego (cojines, muñecos, trapos...)
- Comportamiento: en caso de enfermedad, hábitos de sueño (horarios y costumbres), interacción social (con niños, con adultos –hombres y mujeres-).

Consultas postadopción

Consulta inicial

Cuando la familia llega a España con el nuevo integrante podemos decir que comienza verdaderamente la vida familiar. Atrás quedan las preocupaciones, las ansiedades y los temores del proceso adoptivo, y, muchas veces surge con imperiosa necesidad, la preocupación por la salud del niño que llega.

Sin darle tiempo a recuperarse del encuentro; del viaje en avión; de la bienvenida familiar; de acostumbrarse a desplazarse por su nueva casa; a la nueva comida; al nuevo clima; se suele someter al niño a un examen exhaustivo de salud que lo enfrenta a nuevos temores y a una gran angustia: médicos; enfermeras; pinchazos; radiografías; etc.

Salvo en aquellos casos en que el menor presente una enfermedad aguda, en cuyo caso será conveniente realizar una consulta en las primeras veinticuatro horas de la llegada, se recomienda darle, y darse como familia, un período de acostumbramiento mutuo a la nueva realidad, y posponer los primeros exámenes a la segunda o tercera semana desde la llegada.

Visita a los 3 - 6 meses

Acorde a los resultados de la primera evaluación, según la patología que hubiera podido presentar el niño, y a la evolución del niño o niña es recomendable realizar una segunda visita médica.

El pediatra, tal vez, es una de las personas ajenas al núcleo familiar con el que se mantiene un contacto más significativo.

Su labor, no sólo será controlar la salud del niño y establecer los tratamientos apropiados, sino que puede ayudar a la familia en sus dudas y expectativas; contener la ansiedad de los padres y ayudarles en el cuidado de la salud física y psíquica de sus hijos.

Visita a los 12 meses

Así como la revisión del niño al año de vida es hoy una rutina para los padres, la consulta con el pediatra a los doce meses de iniciada la vida familiar del niño adoptado debería considerarse como un momento importante para la familia.

Tiempo suficiente para ir valorando la evolución del niño, sus logros y progresos tanto físicos como psicológicos, su integración en la nueva familia, su adaptación social y escolar, etc.

No es una visita imprescindible, pero permite hacer una revisión del tiempo de convivencia familiar y, al mismo tiempo, aportar información que será de valiosa ayuda.

Vacunación en niños adoptados

Los países de donde proceden los niños, dado sus recursos económicos, hace que los calendarios vacunales estén muy limitados, no estando incluidas vacunas que sin embargo forman parte de los programas de vacunación de los países desarrollados, tales como *Haemophilus Influenzae* tipo b, vacunas conjugadas frente a *Neisseria meningitidis* grupo C y otras.

Algunos países en sus calendarios vacunales sólo incluyen la vacuna de sarampión, por eso debe administrarse la vacuna triple vírica según el esquema vacunal de nuestro país. Si además se vacunó antes de los 12 meses y si tiene más de 4 años hay que poner 2 dosis de triple vírica separadas por un intervalo de 4-8 semanas. En las madres inmigrantes hay que identificar la susceptibilidad a la rubéola y poder evitar así la rubéola congénita, enfermedad rara ya que en nuestro medio el estado inmunitario de los niños inmigrantes y adoptados o bien no hay documentación que acredite su vacunación, muchas veces si la hay no es fiable. En nuestra experiencia, las vacunaciones de los países hispanoamericanos y la India son fiables, mientras que los de Rusia, Europa del Este y China, no lo son tanto, incluso en niños que aportan certificados de vacunaciones correctas, pueden no estar adecuadamente inmunizados, bien porque caducan o por defectos de la cadena de frío o por mala administración, o la interurrencia de enfermedades, la malnutrición puede causar poco o mala respuesta a las vacunas.

El acceso a nuestros servicios sanitarios incluye la vacunación adecuada, siguiendo el calendario vacunal de la Comunidad Autónoma de Madrid (Tabla V) y considerando las pautas y orientaciones del Comité Asesor de Vacunas (CAV) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y del Consejo Interterritorial del Programa Nacional de Salud.

Tabla V. Calendario vacunal de la Comunidad de Madrid 2.005

meses						años		
0	2	4	6	15	18	4	11	14
VHB	VHB		VHB				VHB	
				SRP		SRP		
	DTPa	DPTa	DPTa			DPTa	DPTa	Td
	Hib	Hib	Hib			Hib		
	VPI	VPI	VPI			VPI		
	MC	MC	MC				Var	

VHB: Hepatitis B

DTPa: Difteria, tétanos y tos ferina "acelular"

Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b

VPI: Polio inactivada inyectable

MC: Meningococo C

SRP: Sarampión, rubéola y paperas

Td: Tétanos y difteria de adulto (nueva Td de recuerdo cada 10 años)

Var: Varicela

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud considera que:

- VPI: se puede contemplar la posibilidad opcional de una 5ª dosis que, en caso que se estime necesario, será administrada entre los 4-6 años de edad.
- Td: Se aconseja proceder a la revacunación cada 10 años.
- SRP: en situación especial de riesgo una dosis a los 9 meses o antes.
- SRP: Niños que no hayan recibido 2ª dosis antes de los 6 años administrar una dosis entre los 10 y los 13 años
- VHB: Pueden considerarse otras pautas 0, 1 y 6 meses ó 2, 4 y 6 meses, según Comunidades Autónomas.
- MC: Para algunas vacunas comercializadas sólo se requieren 2 dosis (2, 4 meses).

El Comité de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomienda:

- Vacunación antimeningocócica a los niños menores de 2 años iniciando la inmunización a partir de los meses de edad coincidiendo con el resto de vacunas del calendario. El número de dosis según la edad de vacunación será: menores de 7 meses 3 dosis, entre 7-23 meses 2 dosis, y a partir de los 24 meses 1 dosis.
- Vacunación frente a varicela a los niños de 15 meses de edad coincidente con la SRP. Si el niño es mayor de 13 años serán 2 dosis separadas 4 semanas.
- Vacunación antineumocócica a los niños menores de 5 años iniciando la vacunación a partir de los 2 meses de edad coincidiendo con el resto de las vacunas. Menores de 7 meses 3 dosis; entre 7 y 23 meses 2 dosis y a partir de los 24 meses 1 dosis.

3. Pautas de actuación ante problemas médicos comunes

Fiebre

Vómitos

Diarrea

Tos

Catarro de vías altas

Crisis asmáticas

3. Pautas de actuación ante problemas médicos comunes

Las actuaciones expuestas suponen recomendaciones generales para aquellos casos en los que no hay posibilidad de seguimiento por parte de un médico y en ningún caso sustituirán las indicaciones de un profesional. Ante cualquier duda razonable es preferible no medicar. *Siempre que sea posible será recomendable consultar con un profesional médico.*

Fiebre

La fiebre consiste en la elevación de la temperatura axilar por encima de 37,4° C o de 37,9° C si se toma rectal. No decida que su hijo tiene fiebre poniéndole la mano sobre la frente, use el termómetro.

¿Qué debo hacer hasta consultar con un pediatra?

- Mantenga una temperatura ambiental agradable. No le ponga mucha ropa al niño.
- Un niño con fiebre debe tomar abundantes líquidos. Ofrézcale líquidos azucarados sin forzarle.
- Controle la temperatura y trate la fiebre (si el niño está molesto) con antitérmicos a las dosis habituales respetando los intervalos entre las mismas.
- Los baños o las compresas con agua templada disminuyen la fiebre muy poco tiempo. Sólo deben utilizarse para ayudar a los antitérmicos. Nunca ponga al niño compresas de alcohol ni de agua fría.

¿Cuándo debo consultar inmediatamente?

Entre otras situaciones

- Si el niño tiene menos de 3 meses de edad.
- Si el niño está adormilado, decaído o, por el contrario, muy irritable.
- Si ha tenido una convulsión.
- Si el niño se queja de dolor de cabeza y vomita.
- Si el niño respira con dificultad.
- Si la temperatura axilar es mayor de 40,5° C.

- Cuando aparecen manchas en la piel.

Cuestiones importantes:

- La fiebre por sí misma no es una enfermedad, si no un signo que acompaña a algunas enfermedades.
- Exceptuando los recién nacidos, una temperatura baja no es preocupante si no se acompaña de otros síntomas.
- La fiebre no produce daños en el cerebro hasta que llega a 42° C.
- El niño con fiebre no ha de estar necesariamente en la cama. Puede salir a la calle.
- Los medicamentos para bajar la fiebre (antitérmicos), no curan ni acortan la infección, sólo ayudan a que el niño se sienta mejor.
- Los antitérmicos, siempre que sea posible, deben administrarse por la boca (no por vía rectal).
- No es conveniente alternar dos medicamentos para bajar la fiebre.

Vómitos

Los vómitos consisten en la expulsión por la boca del contenido del aparato digestivo (alimentos, jugo gástrico, bilis).

En los niños menores de 6 meses es normal la expulsión de pequeñas cantidades de leche después de comer – REGURGITACIÓN -.

Acompañan a muchas enfermedades infantiles. Son un síntoma muy común en las infecciones intestinales (generalmente con diarrea), pero también ocurren en las infecciones respiratorias (catarros, otitis, amigdalitis).

¿Qué debo hacer hasta consultar con un pediatra?

- Hay que evitar la deshidratación ofreciéndole líquidos azucarados (zumos, agua, suero,...) en cantidades pequeñas, aproximadamente una cucharada cada 5-10 minutos.
- Si el niño tiene diarrea es preferible utilizar soluciones de rehidratación de venta en farmacias.
- Observe la aceptación por parte del niño; si los líquidos son bien tolerados, puede aumentar la frecuencia paulatinamente.

- Si el niño sigue vomitando, espere una hora – en niños mayores incluso más tiempo – sin tomar nada y después comience de nuevo con cucharadas cada 10 minutos.
- Cuando tome bien los líquidos ofrézcale comida – nunca forzándole – en pequeñas cantidades.

¿Cuándo debo consultar inmediatamente?

- Si el niño es menor de 3 meses y ha vomitado dos o más tomas.
- Si los vómitos son persistentes.
- Si los vómitos contienen bilis, sangre o parecen como posos de café.
- Si el niño está adormilado, decaído, tiene mucha sed, los ojos hundidos, llora sin lágrimas y orina poco.
- Si cursan con dolor abdominal o dolor de cabeza intenso.

Cuestiones importantes

- Las soluciones de rehidratación debe comprarlas en la farmacia, no las prepare en casa ya que pueden ser muy peligrosas para el niño si no lo hace bien.
- No administre medicamentos para frenar los vómitos.
- El peligro de deshidratación es mayor cuanto más pequeño es el niño.

Diarrea

La diarrea consiste en un aumento del número de deposiciones con disminución de su consistencia debido, generalmente, a una infección intestinal (gastroenteritis). Suele cursar además con vómitos, fiebre y dolor abdominal.

¿Qué debo hacer hasta consultar con un pediatra?

Hay que evitar la deshidratación

- Se deben beber líquido para recuperar las pérdidas. Se utilizarán los *sueros hiposódicos* de venta en farmacias.
- Si el niño vomita con facilidad, dele suero en pequeñas cantidades (una cucharada cada 5-10 minutos) aumentando la cantidad

progresivamente según la tolerancia. Si sigue vomitando, se esperará una hora sin tomar nada –en niños mayores incluso más tiempo–.

- Cuando no vomite los líquidos, se ofrecerá comida en pequeñas cantidades – sin forzarle -manteniendo el aporte de líquidos entre las tomas.

Plan de comidas

- Si el niño no vomita, no es necesario ningún tiempo de ayuno. Desde el principio ofrézcale comida.
- Si el niño está con lactancia materna debe continuar con ella aumentando el número de tomas. Si toma biberones no es necesario disminuir el nº de cacitos.
- No es necesario dar dieta astringente, sino una alimentación suave que al niño le apetezca. Los alimentos que se suelen tolerar mejor son: cereales (arroz, trigo), patata, pan, carne magra, verdura, pescado, yogur y fruta. Evite comidas flatulentas, con mucha grasa o azúcar.

¿Cuándo debo consultar inmediatamente?

- Si los vómitos son persistentes, contienen bilis, sangre o “*posos de café*”.
- Si el niño está adormilado o decaído, tiene mucha sed, llora sin lágrimas, tiene los ojos hundidos u orina poco.
- Si las deposiciones son grandes y frecuentes y el niño no es capaz de beber al mismo ritmo que pierde líquido.

Cuestiones importantes

- La diarrea habitualmente se corrige en pocos días sin ninguna medicación, ni leche especial.
- No se deben utilizar soluciones caseras (limonada alcalina).
- La solución de rehidratación deben prepararse según las instrucciones del producto. Asegúrese de que la cantidad de agua es la correcta.

Tos

Es el mecanismo de defensa y de limpieza que utiliza el aparato respiratorio para eliminar las secreciones.

¿Qué debo hacer hasta consultar con un pediatra?

- Si el niño tiene mucosidad nasal, limpie las fosas nasales con suero fisiológico.
- Evite el ambiente seco en la casa –ponga depósitos de agua en los radiadores-. Los humidificadores no son imprescindibles. Además, ofrezca al niño abundantes líquidos.
- Controle la temperatura y trate la fiebre si el niño está molesto.
- Compruebe si presenta dificultad para respirar o ruidos respiratorios.
- No fume en la habitación en que se encuentre el niño.

¿Cuándo debo consultar inmediatamente?

- Cuando empeore el estado general –niño decaído, somnoliento, muy irritable-.
- Cuando aparezca dificultad para respirar: se le marcan las costillas, mueve mucho el abdomen, se le hunde el pecho, respira deprisa o deja de respirar durante segundos,
- Si al toser la cara del niño se pone azulada.
- Cuando la tos ha comenzado después de un atragantamiento con alimentos, juguetes...
- Cuando el niño tenga mucha dificultad para tragar y babee.

Cuestiones importantes

- En pocas ocasiones está indicado eliminar la tos. Los medicamentos para la tos han de ser siempre recetados por su pediatra.
- Es normal que la tos persista después de una infección respiratoria durante días e incluso semanas.
- Es frecuente que la tos en los niños provoque vómitos.
- Los hijos de padres fumadores tienen más infecciones respiratorias.

Catarro de vías altas

Es una infección vírica de las vías respiratorias altas – nariz, garganta - que cursa con fiebre, estornudos, tos y mucosidad nasal. Es la infección más frecuente en los niños.

Suele curar en 3-7 días; sin embargo, la tos y la mucosidad nasal pueden persistir semanas.

Los catarros son más frecuentes en niños menores de 2 años, siendo normal que padezcan de 6 a 8 catarros al año, incluso más si asisten a guardería.

¿Qué debo hacer hasta consultar con un pediatra?

- Evite el ambiente seco en la casa –ponga depósitos de agua en los radiadores-. Los humidificadores no son imprescindibles.
- Lavados nasales frecuentes con suero salino fisiológico. En los niños pequeños, para facilitar la alimentación, se harán antes de las tomas.
- Un niño con catarro y fiebre debe tomar abundantes líquidos.
- Controle la temperatura y trate la fiebre si el niño está molesto.

¿Cuándo debo consultar inmediatamente?

- Cuando empeore el estado general –niño decaído, somnoliento, muy irritable-
- Cuando aparezca dificultad para respirar.
- Cuando el niño sea menor de 3 meses y tenga fiebre.

Crisis asmáticas

Son los episodios repetidos de tos, dificultad para respirar y “pitos” que suelen padecer los niños con asma. Se desencadenan por diferentes causas (catarros, alergia).

El asma es una enfermedad que se produce por una inflamación de los bronquios.

¿Qué debo hacer ante una crisis asmática?

Si ya sé que mi hijo es asmático

- Mantenga al niño sentado, en reposo, evite que haga ejercicio.
- Comience a darle la medicación broncodilatadora recomendada por el pediatra siguiendo sus instrucciones. La mejor es la administrada por vía inhalada.
- Controle la temperatura y trate la fiebre con antitérmicos.
- Vigile la dificultad respiratoria.

¿Cuándo debo consultar inmediatamente?

- Si aparece dificultad respiratoria por primera vez.
- Si el niño, además de fatigado, está muy agitado o somnoliento.
- Si se pone azulado o pálido.
- Si la dificultad respiratoria empeora - respira cada vez más deprisa, se le marcan las costillas, mueve mucho el abdomen, se le hunde el pecho.
- Si el niño precisa inhalaciones muy frecuentes, cada tres horas o menos.

En todas estas circunstancias, además de la consulta inmediata es importante que comience a administrarle medicación broncodilatadora.

Cuestiones importantes

- Los niños asmáticos no son siempre alérgicos. En la infancia, el factor desencadenante más frecuente de las crisis son los catarros.
- No se deben administrar jarabes para la tos a los niños asmáticos salvo que lo recomiende el pediatra.
- Cuanto antes empecemos a tratar la crisis asmática, mejor la controlaremos.
- Las crisis asmáticas, a veces, empiezan sólo con tos. Si comenzamos con los inhaladores antes de que el niño tenga fatiga la evolución será mejor.
- Los inhaladores que precisan cámara siempre deben administrarse con ella, nunca directamente en la boca, ya que hacen menos efecto.

4. Consejos sanitarios para viajes internacionales

Vacunaciones

Cuidado con los alimentos

Precaución con el agua

Cuidado con los baños

Síndrome de la clase turista

Contraindicaciones generales para el vuelo

Viajar con hermanos

Botiquín y bolsa de viaje para el niño que viene

4. Consejos sanitarios para viajes internacionales

Vacunaciones

Dependiendo del país al que se viajará, la zona concreta de destino, y la duración del viaje es necesario recibir tratamientos preventivos frente a algunas enfermedades.

Por esta razón es aconsejable consultar con los Centros de Vacunación Internacional, con tiempo suficiente, para recibir asesoramiento sobre la necesidad de recibir alguna vacunación especial.

Centros de Vacunación Internacional

Madrid 913 095 603 / 913 095 623

Madrid – Hospital Carlos III 914 532 500

Cuidado con los alimentos

La diarrea es la enfermedad más frecuente en los viajes

- No ingerir verduras crudas y consumir sólo fruta pelada por uno mismo.
- Comer carnes y pescados bien cocinados. No ingerir moluscos crudos.
- No consumir leche ni derivados sin higienizar. Cuidado con helados y repostería.

Precaución con el agua

- El agua es un importante transmisor de enfermedades infecciosas
- Beber sólo agua embotellada y/o tratadas con suficientes garantías.
- Los refrescos y bebidas calientes son más seguras. No usar cubitos de hielo
- En caso de aguas potencialmente peligrosas tratar mediante ebullición (durante 10 minutos) o cloración (2 gotas de lejía por litro de agua y esperar 30 minutos antes de consumirla). Emplear agua descontaminada para la bebida, preparación de biberones y cepillado de los dientes.

Cuidado con los baños

- Sobre todo en agua dulce, que pueden estar infectadas con larvas que penetran en la piel y provocan enfermedades (esquistosomiasis).

Protección contra animales, reptiles e insectos

- Evitar contacto con cualquier tipo de animales
- Usar calzado apropiado y revisar ropa antes de ponérsela (serpientes, escorpiones)
- Protegerse de las picaduras de insectos mediante repelentes, evitar perfumes y ropas de color claro, usar ropa de manga larga y evitar pantalones cortos...

Síndrome de la clase turista

Aparece en los pasajeros que permanecen muchas horas sentados con escasa movilidad como consecuencia del corto espacio entre asientos. Se recomienda en personas con factores de riesgo de padecer tromboembolismo que utilicen medias elásticas, mover las piernas a intervalos regulares en el propio asiento (al menos una vez cada hora), realizar ejercicios sencillos como mover los dedos de los pies, levantarse y caminar con frecuencia dentro del avión, hacer masajes suaves en las piernas, no dormir en posiciones que compriman las piernas, no llevar pantalones ajustados ni fajas, tomar líquidos abundantes, evitar el tabaco y alcohol, consultar al médico antes del viaje y si no existen contraindicaciones tomar una comprimido de Aspirina antes del vuelo.

Contraindicaciones generales para el vuelo:

- Problemas respiratorios
- Anemia severa
- Problemas cardíacos importantes (angina, arritmias, insuficiencia cardíaca descompensada, infarto miocárdico en las últimas 2-4 semanas)
- Hipertensión arterial inestable
- Accidente cerebral vascular reciente (últimas 2 semanas)
- Intervención reciente del oído en el último mes

- Cirugía abdominal en los últimos 10 días
- Cirugía torácica reciente (3 últimas semanas)
- Neumotórax, esperar 10 días después de su recuperación
- Práctica de submarinismo a más de 9 metros en las últimas 24 horas
- Úlcera gástrica con hemorragia reciente, hasta que no pasen 3 semanas
- Embarazo, prohibido volar después de la 35 semana y hasta 7 días después del parto
- Niños menores de 7 días (ofrecer biberón al aterrizar y despegar)
- Enfermedades transmisibles por vía aérea (neumonías...)
- Pacientes con marcapasos: avisar al personal de tierra
- Pacientes VIH positivo: algunos países niegan su entrada

Viajar con hermanos

Cuando se decida emprender el viaje al encuentro del hijo acompañado por otros hijos de la familia será necesario hacer unas reflexiones en función de la edad de los menores que nos acompañarán.

No olvidar realizar con el hermano previamente al viaje a una consulta del viajero pediátrica.

- Lactantes

Si no es absolutamente imprescindible, es preferible que el lactante no emprenda viajes al trópico. Es importante recordar que a esta edad, cabe la posibilidad que el calendario vacunal no se haya completado, con el riesgo que esto comporta. Por otro lado, algunas de las vacunas específicamente necesarias para este tipo de viajes son ineficaces a esta edad o están contraindicadas.

Si el viaje se realiza es recomendable **mantener la lactancia materna** para evitar el peligro de diarrea. Será necesario **extremar las medidas higiénicas a la hora de preparar biberones** (hervir agua, tetinas, biberones). Los padres deben saber que algunas

enfermedades (malaria, sarampión, diarrea) son más frecuentes y mortales en esta edad.

El riesgo de adquirir diarrea también varía en función de la edad del niño, los lactantes y niños hasta dos años, son de mayor riesgo. Una forma de prevenir la diarrea del lactante es mantener la lactancia materna durante el viaje, como se ha dicho.

- Escolares

En el grupo de edad preescolar y escolar se puede intentar **prevenir las enfermedades digestivas** evitando la ingesta de:

- Agua no embotellada, ni hielo.
- Zumos preparados en lugares sin garantía
- Helados callejeros
- Carne o pescado sin cocer

En caso de presentación de la **diarrea** lo importante será **prevenir la deshidratación**, por lo que se recomendará viajar con **suero oral**, en caso de no disponer de éste se aconsejará a los padres preparar agua azucarada con agua embotellada. Hay que explicar bien a los padres los riesgos que representa para el niño la deshidratación e informar de sus signos y síntomas.

La **prevención de accidentes** a esta edad es de especial importancia, por ser la edad de mayor incidencia, por eso durante el viaje hay que prestar especial interés en seguir normas de seguridad (ahogo, quemaduras, mordeduras de animales, caídas, accidentes de tráfico....)

- Adolescentes

El riesgo a esta edad viene determinado por las experiencias que se quieren tener en todos los terrenos. Las *enfermedades de transmisión sexual y el SIDA*, están muy extendidos en algunos de estos países, por lo que se deben dar información y consejos prácticos sobre el problema y las precauciones a tomar. Se debe recordar que los lugares donde se realizan *tatuajes* pueden no ofrecer garantía, pudiendo no tener material estéril, por lo que la transmisión de SIDA y

de la hepatitis B y C son posibles. Lo mismo ocurre con la práctica del “*pearcing*”.

Botiquín y bolsa de viaje para el niño que viene

La siguiente, es una lista orientativa de medicamentos y artículos para el viaje que deberán llevar los padres en su viaje. Siempre es recomendable consultarla con su pediatra o bien en la Consulta de Preadopción.

- Paracetamol o Ibuprofeno
- Amoxicilina – Clavulánico
- Suero fisiológico
- Solución de rehidratación
- Champú anipiojos
- Gasas estériles
- Esparadrapo
- Antiséptico
- Termómetro rectal
- Jeringa calibrada
- Fórmulas lácteas adaptadas (en sobres o bricks unidosis)
- Purés y papillas
- Galletas (mayores de 6 – 8 meses)
- Biberones
- Tetinas para leche y papillas
- Chupete
- Cuchara
- Tazón
- Termo
- Potitos
- Bolsa de aseo: cremas hidratantes, champú, pañales y toallitas,...

Lecturas recomendadas

Casado Flores J. **¿Qué me pasa mamá?. Las soluciones a los problemas de salud más habituales de tu hijo.** Planeta Prácticos. 2005

Górgolas M. **Guía practica para mantener la salud en los viajes internacionales.** Fundación Jiménez Díaz. 2001

Lirio J. **Niños ...¡a comer!**. Editorial Espasa Práctica. 2003

Palacios J, Sánchez-Sandoval Y, León E. **Adelante con la adopción.** Consejería para la Igualdad y Bienestar. Junta de Andalucía. 2003

Parrondo L. **Adoptar: otra forma de ser padres.** Editorial Diagonal. 2002

Vitoria I. **Cuidados del bebe. Mitos y errores.** Editorial Exlibris. 2004

Aprendiendo a preocuparnos. Guía para iniciarse como padres adoptivos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Direcciones de interés

Área de Acogimientos y Adopciones

Instituto Madrileño del Menor y la Familia

c/ Gran Vía, 14. 3ª planta

28013- Madrid

Teléfono: 91 580 34 43

Unidad de Pediatría Social

Hospital Universitario Niño Jesús

Avda. Menéndez Pelayo, 65

28009 – Madrid

Teléfono: 91 503 59 00 ext. 487- 263

Servicio de Pediatría

Hospital Carlos III

c/ Sinesio Delgado, 10

28029 - Madrid

Teléfono: 91 4 53 25 00 ext. 2567 - 2677

