

# Atenció a l'infant adoptat en altres països

Vicky Fumadó

Unitat de Patologia Importada. Servei de Pediatria. Unitat Integrada Clínic-Sant Joan de Déu. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

## Objectius formatius

1. Conèixer la patologia més freqüent en infants adoptats en països amb menys recursos.
2. Reconèixer signes i símptomes que puguin orientar cap a l'existència de patologia no freqüent en el nostre medi.
3. Conèixer les proves complementàries més adients que cal fer quan un infant adoptat arriba al nostre país.
4. Anticipar les necessitats vaccinals dels infants adoptats.

## Introducció

Els infants adoptats internacionalment provenen de països més pobres, sanitàriament deficients, on algunes malalties de distribució mundial són més prevalents, i poden no estar diagnosticades. A més poden presentar patologia no habitual en el nostre medi. És possible també que no estiguin ben vacunats o que els manquin vaccins, si aquests vaccins no són de rutina al seu país d'origen.

Els infants adoptats internacionalment provenen de països més pobres sanitàriament deficients, on algunes malalties de distribució mundial són més prevalents i poden no estar diagnosticades. En ocasions provenen de països on és possible la transmissió de malalties tropicals no prou conegudes per nosaltres, com la malària. És possible també que no estiguin ben vacunats o que els manquin vaccins, si aquests vaccins no són de rutina al seu país d'origen. Aquests infants, per tant, poden no tenir un bon estat de salut quan arriben al nostre país, i ser portadors de malalties

Correspondència:

Vicky Fumadó

Unitat Integrada Clínic-Sant Joan de Déu

Ctra. d'Esplugues, s/n. 08950 Esplugues de Llobregat

Treball rebut: 28-06-01. Treball acceptat: 8-11-01.

Fumadó V.

**Atenció a l'infant adoptat en altres països.**

*Pediatr Catalana* 2002; 62: 81-86.

encara no diagnosticades, ja que han estat exposats a més riscos sanitaris. A més, s'ha de tenir en compte que en els orfanats es donen unes condicions que poden afavorir la transmissió de malalties infeccioses.

De vegades, aquests infants procedeixen de famílies pobres que no els poden mantenir o han estat abandonats per creences populars o culturals, però també provenen d'un sector de població on hi ha més risc de distòcia social, i han pogut rebre maltractaments i abusos.

Els pares adoptius estan molt motivats i tenen molt d'interès per millorar l'estat de salut del seu fill. S'ha de tenir en compte que molts d'ells són pares «nous» i se'ls ha d'ajudar a no crear falses expectatives i orientar-los adequadament.

Per tant, l'examen mèdic en aquests infants va orientat a diagnosticar malalties infeccioses importades, malalties infeccioses més prevalents en aquests països i a diagnosticar altres malalties i/o alteracions encara no diagnosticades. Així, a més de buscar sistemàticament les malalties infeccioses, hem de practicar exploracions per conèixer l'estat nutricional, el desenvolupament psicomotor i practicar exploracions òptiques i auditives que ens permetin igualar els coneixements que tenim amb els infants de la nostra població, i donar pautes als pares adoptius per ajudar-los a dur a terme el procés d'adaptació de la millor manera possible.

Per tot això és necessari sistematitzar l'actuació, amb exploracions i proves complementàries, per tenir coneixement tan aviat com sigui possible de l'estat de salut d'aquests infants.

## Procés previ a l'adopció

En ocasions els pares consulten el pediatre abans d'acceptar l'infant adoptat, o bé quan aquest ja ha estat assignat però encara no han anat a recollir-lo i tenen alguns dubtes. Aquestes situacions poden ser molt variades però hem de tenir una pauta d'actuació més o menys establerta davant d'aquests pares:

1. Hem de comprovar que els pares estiguin ben informats, sobretot en referència a dos aspectes fonamentals: l'infant i el viatge que han de fer (i tot allò necessari per a l'infant).
2. Hem de vigilar que els pares no es creïn falses expectatives sobre el fill adoptiu, que no esperin un «infant perfecte».

3. Hem de donar la informació amb precaució per no crear la síndrome de «nen vulnerable».

## La primera visita

Quin és el millor moment per fer la primera visita?

Si l'infant està malalt, té febre, diarrea o cap altre problema s'hauria de visitar immediatament. Si l'infant no està malalt es pot esperar a fer la primera visita entre la segona i la quarta setmana després de tornar del viatge.

## Anamnesi

Fer una bona història clínica és difícil. Els problemes més freqüents que ens trobem són els següents:

- Antecedents familiars desconeguts.
- Antecedents de l'embaràs i el part desconeguts o poc detallats.
- Malalties anteriors desconegudes i de vegades amb diagnòstics falsos, o exagerats.
- Desconeixement de l'entorn social, emocional i cultural de l'infant.

Les principals dades que cal recollir en l'anamnesi s'inclouen a la taula I. Els símptomes indicatius de malaltia més significatius són: diarrea (aguda o crònica), febre (aguda o recidivant), tos, pèrdua de pes i hematúria.

TAULA I

### Principals dades que cal recollir a l'anamnesi en la primera visita

- Lloc de procedència (país, zona, ambient rural o urbà)
- Data de l'arribada al nostre país
- Data de l'adopció (des de quan estan reunits pares i fill)
- Símptomes de malaltia
- Tipus de lactància
- Controls mèdics al país d'origen
- Vaccinacions

## Vaccinacions

Els infants adoptats d'altres països poden no haver rebut els vaccins habituals del país receptor o presentar un calendari vaccinal incomplet, perquè els vaccins habituals del seu país d'origen no són els mateixos, o, simplement, no estar immunitzats.

Si existeixen dubtes sobre l'estat vaccinal de l'infant, s'ha de vaccinar de nou. Aquests dubtes es plantegen sobretot amb la vacunació de DTP i pòlio.

En aquests països s'administra el vaccí del xarampió als nous mesos, per la qual cosa és important revisar aquesta dada, i administrar el vaccí triple víric.

Els infants menors de cinc anys s'hauran de vaccinar contra l'*Haemophilus influenzae* tipus b, ja que aquest vaccí no s'administra rutinàriament en els països de baixa renda. El mateix passa amb el vaccí antimeningococ C.

D'altra banda, potser hagin rebut el vaccí antihepatitis B, ja que en molts països està incorporat al calendari vaccinal del primer any de vida.

Els infants que provenen d'Àsia (Xina) més grans d'un any, poden haver rebut el vaccí antiencefalitis japonesa B.

Durant l'exploració física se cercarà l'existència d'escara en el deltoide, que correspon al vaccí BCG.

## Exploració física

### Estat nutricional

En l'exploració física de l'infant adoptat en altres països és especialment important valorar l'estat nutricional. L'obtenció de mesures antropomètriques és important i una forma objectiva que ens permet valorar l'estat nutricional, encara que aquestes mesures es comparin amb gràfiques de desenvolupament ponderal del nostre país, que no pertany al mateix grup ètnic. Aquestes mesures ens permetran sobretot fer un control evolutiu de l'estat nutricional de l'infant.

S'han de tenir en compte els problemes de malabsorció. La intolerància a la lactosa no és una entitat rara entre grups adoptats d'Àfrica i Àsia, i és relativament comú trobar-la després de tractar infeccions intestinals per protozois (*Giardia lamblia*).

En els infants severament mal nodrits és important estudiar detalladament els dèficits de vitamines i minerals.

### Desenvolupament psicomotor

En la valoració del desenvolupament psicomotor és important tenir en compte les variables socioculturals, la possible privació emocional de l'infant i el seu estat de salut. Hi ha dades sobre els infants que han estat en orfandats que mostren que el desenvolupament psicomotor d'aquests infants pot correspondre a edats inferiors, tot i que és reversible amb afecte i estimulació adequats. Però això no vol dir que les troballes de la primera exploració s'hagin d'infravalorar.

La mesura del perímetre cranial és molt important. La troballa d'una microcefàlia obliga a l'estudi de títols d'anticossos per la rubèola, la toxoplasmosi i la sífilis. L'estudi serològic pel citomegalovirus s'ha de valorar amb cura, ja que la presència de IgG pot indicar tant una adquisició en l'úter, com una transmissió perinatal o bé horitzontal més tard. A més, hi ha una gran prevalença en tota la població, sense

una traducció clínica, de manera que molts cops confon més el clínic en comptes d'ajudar en el diagnòstic. Davant la troballa d'una macrocefàlia i retard psicomotor hem de descartar la toxoplasmosi i, sobretot, l'hipotiroïdisme.

### **Lesions cutànies i de mucoses**

En l'exploració inicial hem de descartar els ectoparàsits; l'escàbies i la pediculosi són les més freqüents. Les infeccions a la pell per *Staphylococcus aureus* o les micosis, incloent-hi la *Tinea corporis* i la *Tinea capitis*, no són troballes rares en els infants adoptats. És important explorar si hi ha adenopaties o nòduls cutanis a la cresta ilíaca o a la meseta tibial, si l'infant està en edat escolar o és adolescent i ve d'una regió endèmica de oncocercosi. Altres infeccions cutànies importants que ens podem trobar en l'exploració són la miiasi, la tungiasi, la larva migrant i la leihsmanià cutània.

La lepra és una malaltia crònica que afecta la pell i els sistema nerviós perifèric. La seva incubació pot ser de 3 a 5 anys, per tant, es pot manifestar en els infants adoptats anys després d'arribar al país receptor. Això obliga a buscar lesions cutànies (com ara taques despigmentades) i palpar els nervis en l'exploració física.

## **Malalties que cal considerar**

### **Anèmies i hemoglobínopaties**

Cal fer un hemograma complet a tots els infants per detectar anèmia; l'estudi específic d'hemoglobínopaties el faren quan les alteracions en la sèrie vermella siguin suggestives o en els casos que per l'ètnia o el país d'origen existeixi un gran risc (l'Àfrica subsahariana, el Carib i el subcontinent indi)

La troballa d'anèmia ens ha de cridar l'atenció sobre la possibilitat de dèficits dietètics, de la presència de nematodes intestinals, de la possibilitat d'episodis de malària, d'altres infeccions cròniques, o bé de causes genètiques.

### **Dèficit de ferro**

L'anèmia ferropènica és molt prevalent en els països de baixa renda (PBR), i molt freqüent i greu, sobretot, en lactants i infants petits (6-24 mesos d'edat). En general, el dèficit de ferro es desenvolupa lentament i no té manifestacions clíniques fins que l'anèmia és greu, encara que les conseqüències d'aquest dèficit existeixin prèviament. Per tant, estarà indicat fer l'estudi del ferro en el primer examen i tractar amb ferro oral segons els resultats. (Un valor baix de ferritina en sèrum ens indica que cal suplementar amb ferro).

No està indicat determinar per sistema el plom a sèrum, però en els infants adoptats amb anèmia refractària al tractament amb ferro, s'ha de considerar la possibilitat d'intoxicació per plom.

### **Dèficit de glucosa-6-fosfatodehidrogenasa (G6PD)**

Hem de sospitar una anèmia hemolítica davant d'una anèmia normocítica i hipocroma amb augment d'urobilina i bilirubina en orina. Aquesta patologia té una incidència més alta a l'Àfrica subsahariana.

La detecció de l'enzim G6PD és important en el cas que s'hagi de tractar amb primaquina (tractament d'elecció per les formes intrahepàtiques del *Plasmodium vivax* i *ovale*) o altres tractaments que puguin desencadenar crisis d'hemòlisi.

### **Anèmia de cèl·lules falciformes**

Pot estar indicat cercar-la sistemàticament en infants de l'Àfrica subsahariana, o del Carib, on té una prevalença més alta. En segons quines zones de l'Àfrica pot oscil·lar entre el 5 i el 40%.

### **Talassèmies**

Les síndromes talassèmiques, o per alteració quantitativa, són malalties de transmissió autosòmica dominant, freqüents a la conca del Mediterrani, el subcontinent indi i el sud-est asiàtic.

La talassèmia beta menor és la més freqüent. La seva expressió clínica és més evident en casos d'infeccions, embaràs i situacions d'estrès. No hi ha un tractament específic, i s'aconsella administrar àcid fòlic de manera periòdica.

En els infants del sud-est asiàtic es pot trobar l'hemoglobina E.

### **Hepatitis víriques**

Una gran proporció d'infants d'aquests països pateixen l'hepatitis A quan són molt petits (en els primers anys de vida), de manera que hi ha pocs motius per sol·licitar anticossos per aquest virus si no hi ha símptomes suggestius de la malaltia. L'únic motiu pot ser conèixer si l'infant presenta immunitat contra la malaltia per evitar tornar a vaccinar-lo.

La prevalença d'hepatitis B en els PBR és gran. Això es tradueix en una alta prevalença entre els infants adoptats internacionalment, que pot oscil·lar entre el 5 i el 30%. Els índex més elevats corresponen a infants procedents d'Àsia, Àfrica i alguns països de l'Europa oriental. Molts cops en aquests infants s'ha determinat la presència d'HBsAg, però només aquesta prova no és suficient per conèixer l'estat de portador; aquest és un error freqüent i per aquest motiu cal saber interpretar els resultats dels estudis serològics (Taula II). S'ha de determinar la presència d'HBsAg, d'anticossos contra l'antigen de superfície de l'hepatitis B (anti-HBs) i d'anticossos contra el nucli del VHB (anti-HBc). Les proves de detecció d'HBsAg i anti-HBs no identifiquen els infants que es troben en el «període finestra» de la infecció aguda. En aquests casos el diagnòstic s'establirà per la presència d'anti-HBc (IgM) i l'absència d'HbAg.

TAULA II

### Interpretació dels resultats de les serologies de l'hepatitis B

HBsAg	Anti-HBc	Anti-HBs	Interpretació
negatiu	negatiu	negatiu	no immune, no exposat o recentment exposat
positiu	positiu/negatiu	negatiu	infecció aguda o crònica
	positiu	negatiu	infecció aguda en període finestra
negatiu	positiu/negatiu	positiu	infecció passada, immune, o anticossos adquirits de la mare en infants < 6 m.
negatiu	negatiu	positiu	immune per al vací
positiu	positiu	negatiu	infecció crònica, si els resultats persisteixen més de 6 mesos

L'estat de portador crònic de l'hepatitis B es defineix com la persistència del HbAg durant més de sis mesos, confirmat per la presència d'IgG anti-Hbcore.

En els portadors s'ha d'avaluar la infecciositat (determinant l'antigen HB<sub>e</sub> i la presència del virus delta) i descartar l'hepatitis activa crònica (determinant els enzims hepàtics). Quan diagnosticuem un portador crònic cal vaccinar els contactes domiciliaris, fent primer l'estudi serològic.

L'hepatitis D només és possible en presència de replicació activa del VHB. És poc freqüent, però la seva prevalença és més alta a l'Europa oriental, Àfrica, Amèrica del Sud i l'Orient Mitjà.

L'hepatitis C es pot transmetre també verticalment de la mare a l'infant, o per transmissió horitzontal per exposició amb sang. La presència d'anticossos en infants de més de quinze mesos d'edat és diagnòstic d'infecció. Aquest diagnòstic s'ha de confirmar mesurant l'RNA del virus.

#### Sífilis

En els PBR és freqüent la sífilis congènita i és freqüent la seva presència sense diagnòstic ni tractament adequat. En els infants adoptats a l'estranger s'ha d'avaluar la presència de sífilis mitjançant proves serològiques fiables. S'ha de fer l'estudi serològic amb proves reagíniques, (VDRL o RPR) i confirmar els resultats positius amb proves treponèmiques (FTA-ABS). Si es confirma que les dues proves són positives, hem de buscar signes de sífilis congènita, incloent-hi la radiografia dels ossos llargs i proves de VDRL en líquid cefaloraquídi. El tractament es farà amb penicil·lina G durant 14 dies.

#### Infecció per VIH

El risc de presentar infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) en els infants adoptats depèn del país d'origen i dels riscos individuals.

En el primer examen hem de demanar la prova per conèixer la presència de VIH, ja que les proves fetes al país d'origen no són prou fiables. Hi ha diferents proves per mesurar els anticossos enfront el VIH-1 i el VIH-2. La prova d'enzim immunoassaig (ELISA) per detectar anticossos de VIH és fàcil i més econòmica. Si fem servir només aquesta prova per als infants que acaben d'arribar, pot ser que no identifiquem una infecció recent. Per aquesta raó es recomana fer la prova per VIH-1 i VIH-2 per ELISA i estudiar per tècnica de PCR o per cultiu la presència de DNA VIH-1. L'estudi dels anticossos i de la virèmia ens permet diagnosticar una infecció recent.

Si només es fan proves de determinació d'anticossos, s'han de repetir sis mesos després de l'arribada per tal d'identificar els infants que es trobaven en el període en què encara eren seronegatiu.

#### Malalties respiratòries

##### Tuberculosi

La tuberculosi és una malaltia de fàcil contagi casual que en els últims anys ha augmentat associada al VIH.

El procediment correcte per estudiar aquests infants és la realització de la prova de tuberculina (PPD) de forma rutinària. La majoria dels infants en els PBR han rebut el vací BCG. Aquesta dada pot interferir en la lectura de la prova del PPD, però la induració provocada es pot diferenciar d'una prova positiva. Per tant, haver rebut el vací no exclou la realització d'un PPD en els infants que acaben d'arribar (Taula III). Les radiografies sistemàtiques de tòrax en infants sense símptomes i amb PPD negatiu no són necessàries.

TAULA III

### Interpretació del PPD

Induració	Interpretació	Recomanació
< 5 mm	Negatiu	Observació
> 5 mm	Positiu si: evidència RX, immunodeprimit, VIH(+), o contacte conegut.	RX tòrax. Segons la clínica, investigar més. Profilaxi o tractament segons els resultats.
≥ 10 mm	Positiu en infants no vacunats.	RX Tòrax. Si no hi ha evidència de malaltia després d'investigar, fer profilaxi i seguiment o tractar segons els resultats.
≥ 15 mm	Positiu sempre, també en infants vacunats.	Igual que l'anterior.

Als infants amb el PPD per sobre de 5 mm cal fer-los RX de tòrax. En els infants vacunats considerarem positiu el PPD si fos igual o superior a 15 mm.

El risc de resistències als tractaments per la tuberculosi en els infants que procedeixen de l'Àfrica sub-sahariana i del sud-est asiàtic és molt alt, per tant en els pacients amb malaltia activa es recomana obtenir cultius i fer un estudi de resistències, per tal de seleccionar apropiadament la teràpia.

### Melioidosi

Els infants procedents del sud-est asiàtic poden presentar una melioidosi que es pot manifestar com una pneumònia o parotiditis i en algunes ocasions poden provocar una sèpsia. És produïda per la *Burkholderia pseudomallei*, que es troba al terra. En les àrees endèmiques la seroconversió és del 24% per any, en els infants entre 6 i 42 mesos, amb infeccions amb símptomes en infants menors d'un any. L'organisme es pot aïllar en sang o altres teixits, però el test de hemoaglutinació indirecta és senzill i pràctic per fer-lo en infants. La malaltia és més greu en infants petits. El tractament d'elecció és la ceftazidima.

### Malària

La malaltia es troba distribuïda per 103 països del tròpic i del subtropical. És produïda per un protozou intracel·lular, el plasmodi. Hi ha quatre espècies que poden infectar l'ésser humà: *Plasmodium falciparum*, *vivax*, *ovale* i *malariae*. La transmissió es produeix a través de la picada de la femella del mosquit *Anopheles*.

Les manifestacions clíniques es caracteritzen per l'acces febril, acompanyat de vòmits i cefalees, l'esplenomegàlia, l'anèmia i la trombocitopènia. El patró febril dels primers dies d'infecció és semblant a altres malalties bacterianes, virals o parasitàries.

La forma més greu i la més freqüent és la produïda pel *Plasmodium falciparum*, que pot produir malària cerebral i altres complicacions. Les altres espècies produeixen formes més lleus, però poden presentar recurrències fins i tot anys després d'abandonar la zona endèmica. En el cas de *P. malariae* es poden presentar episodis febrils molts anys més tard i en els infants es pot associar a una síndrome nefròtica com a complicació.

Davant d'un episodi febril en un infant que procedeix d'una zona endèmica s'ha de realitzar una gota grossa i una extensió fina per descartar la malària.

### Parasitosis intestinals

En els infants adoptats podem trobar símptomes digestius. El més freqüent és la diarrea; les causes poden ser múltiples, però no és estrany trobar bacteris (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* i *Yersinia*), que són els causants del quadre digestiu, i per això és recomanable fer un coprocultiu (cal incloure la investigació de rotavirus i la determinació de les diferents espècies d'*E. coli*, en el cas que s'aïlli aquest germen).

Els paràsits també poden ser una causa de diarrea, especialment els protozous (*Entamoeba histolytica* i *Giardia lamblia*), i per això la determinació de paràsits en tres mostres de femtes també estarà indicada. Els patògens més comuns són la *Giardia lamblia*, l'*Ascaris lumbricoides*, el *Trichuris trichiuria*, la *Hymenolepis nana*, i l'*Entamoeba histolytica*.

La presència de paràsits pluricel·lulars en l'organisme pot elevar el nombre d'eosinòfils en la sang perifèrica, per tant, aquesta troballa ha d'obligar a continuar investigant per paràsits pluricel·lulars.

Els helmints generalment no es poden transmetre de persona a persona, i la prevalença dels paràsits va disminuint amb el temps d'estada en el país receptor. La *Taenia solium* és una excepció i pot sobreviure anys en el tub digestiu excretant ous, que una vegada ingerits poden produir casos de neurocisticercosi.

L'*Strongyloides stercoralis* manté un cicle autoinfectiu, de manera que pot sobreviure durant anys després d'haver abandonat el tròpic, i pot produir una síndrome d'hiperinfestació en les persones immunodeprimides. Per tant, si tenim sospita caldrà buscar el paràsit exhaustivament en cultius específics, abans de donar una teràpia esteroide, sobretot si hem trobat eosinofília a la sang.

Si l'infant procedeix d'un àrea endèmica d'esquistosomiasi, es farà una història per conèixer els riscos d'exposició. En sang també trobarem una eosinofília en presència d'esquistosomiasi. Les complicacions de la malaltia poden aparèixer anys després, ja que les manifestacions clíniques en l'episodi agut passen desapercebudes en moltes ocasions. Per detectar l'esquistosoma *haematobium* hem de buscar-lo a l'orina, s'ha de fer recerca d'esquistosomes a orina en el cas d'hematúria en infants adoptats de l'Àfrica. L'esquistosoma *mansoni* el detectarem a les femtes. Podem fer, a més, serologies específiques per esquistosomes en sang perifèrica.

En l'estudi de les femtes podem identificar algunes espècies que no requereixen tractament, ja que no són patògenes per als humans (Taula IV).

TAULA IV

#### Paràsits intestinals que no requereixen tractament

##### Nematodes

*Diectophyma renale*, *Dipetalonema perstans*, *Dipetalonema streptocerca*, *Syngamus laryngeus*, *Ternidens deminutus*.

##### Protozous

*Chilomastix mesnili*, *Enteromonas hominis*, *Retortamonas intestinalis*, *Trichomonas tenax*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba gingivalis*, *Entamoeba hartmani*, *Entamoeba poleki*, *Iodamoeba buetschlii*.

### Filariosi

Les filàries no són transmissibles en el nostre país, ja que les condicions climàtiques no són les adequades, ni existeixen els insectes vectors. Aquestes malalties causen poca mortalitat en l'infant i no tenen cap repercussió en la comunitat receptora. S'han d'anar a cercar davant de prujia nocturna, atròfia cutània o

en l'estudi d'una eosinofília, en infants que provenen de zones endèmiques.

### Proves complementàries

D'acord amb l'anterior, després de la primera visita cal posar en marxa un conjunt de proves complementàries (Taula V).

TAULA V

**Proves complementàries que cal fer en la primera visita d'un infant que no presenti simptomatologia específica**

- Hemograma
- Perfil hepàtic i renal
- Estudi de ferro
- Electroforesi d'hemoglobines (segons procedència o amb hemograma suggestiu)
- Metabolisme càlcic bàsic (Ca, P, fosfatases alcalines)
- Serologies per hepatitis B i C, VIH i sífilis
- Cribratge d'hipotiroïdisme i fenilcetonúria fins als deu anys
- PPD (amb radiografia de tòrax si PPD > 5 mm)
- Estudi de paràsits en femtes (tres mostres)
- Serologia per a la malaltia de Chagas (infants provinents de zones endèmiques d'Amèrica Central i del Sud)
- Estudi de paràsits en orina en cas d'hematúria (infants provinents de l'Àfrica subsahariana, Egipte o algunes zones del Marroc)

### Visites successives

En les visites successives cal tenir en compte alguns punts d'especial interès:

- Avaluació del desenvolupament psicomotor. Aquesta avaluació es pot fer més acurada al voltant dels tres mesos després de l'adopció, quant l'infant i la família ja estan més ben adaptats.
- Detecció de trastorns del vincle.
- Avaluació del desenvolupament físic.
- Seguiment del calendari vaccinal corresponent.
- Repetició, si cal, d'estudis serològics.

Evidentment, cal tenir sempre present la possibilitat diagnòstica de qualsevol patologia pediàtrica, com en qualsevol infant del nostre medi.

### Agraïment

Als doctors Santi García-Tornel i Jordi Pou, per la seva visió global de l'infant i la família.

### Bibliografia

- 1 Allué X. Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 21-24.
- 2 Antal GM. Present status of therapy and serodiagnosis of syphilis. WHO document. WHO/VDT/Res 1979; 70: 359.
- 3 Erhardt L. Sickle Cell Disease. Diagnosis, management, education and research. Saint Louis: CV Mosby, 1973.
- 4 Hostetter MK. Infectious Diseases in Internationally Adopted Children: Findings in Children from China, Russia, and Eastern Europe. A: *Advances in Pediatric Infectious Diseases* (Vol 14). Nova York: Mosby, 1999; 147-161.
- 5 Hostetter MK, Iverson S, Thomas WE, et al. Prospective medical evaluation of internationally adopted children. *N. Engl J Med* 1991; 325: 479-485.
- 6 Mahoney FB. Hepatitis B virus. A: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. Nova York: Churchill Livingstone, 1997; 1197-1225.
- 7 Maldonado YA. Epidemiology of HIV infection in children and adolescents A: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. Nova York: Churchill Livingstone, 1997; 739-752.
- 8 Oliván G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-140.
- 9 Schulpen TW. Migration and child health: the Dutch experience. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 351-356.
- 10 Starke JR, Correa AG. Management of mycobacterial infection and disease in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 455-470.