

Comentario:

En pocas ocasiones las familias nos vemos tan sorprendidas o alarmadas como cuando leemos el informe médico que a veces hacen en el país de origen de nuestro hijo.

Cuando uno interpreta la información de una cultura diferente a la occidental hay que mirarlo desde otra perspectiva. Porque las categorías diagnósticas son diferentes, los conceptos de enfermedad y salud son distintos, la psicología de los médicos es diferente, y la disposición de los medios también es distinta y podríamos así seguir con mas diferencias...

Por esta razón, realizamos este documento para orientar cómo son los informes médicos de los países de origen y su correspondencia a situaciones conocidas de nuestra medicina. Para información a todas las familias.

Esta recogida de webs de expertos pediatras en adopción que tratan este tema, elaboradas por la Dra. J. Aronson y el Dr. D. Johnson. (ambos de EE.UU) y Dr. G. Olivan, (España). Todos de reconocido prestigio internacional.

www.orphandoctor.com ; www.adoptivefamilies.com ;
www.adoptionmedicalnews.com

www.peps.umn.edu/iac/ ; www.russianadoption.org

NOTA DEL AUTOR: La intención de este documento es tan solo educativa e informativa. Se han realizado todo tipo de esfuerzos para asegurar que la información contenida en este documento sea una representación completa y ajustada a la realidad. (Alberto Núñez. Comisión de salud en CORA)

Para conocer el estado de salud de nuestro hijo o hija asignada, ¿qué podremos hacer?:

1) Reúnir toda la información posible - La información sobre el embarazo y el parto, si fue prematuro; con números y fechas (medidas de crecimiento, peso al nacer, perímetros craneales), enfermedades ocurridas; hospitalizaciones; resultados de laboratorio y cualquier otra prueba; evolución del desarrollo del niño. Información sobre la edad de la madre en el embarazo, su salud. Informe social completo la "familia bio". Causa de la entrega en adopción.

2) Aumentar la información con otras fuentes, bien de confianza o mas neutrales: Realizar videos del niño, que es una fuente mas de información. Pregunte a las cuidadoras, pida opinión a su representante , pero sobretodo, recuerden a todos que proporcionando toda la información posible están colaborando en mejorar la integración de la nueva vida del menor. En definitiva, obtener toda la información posible del mejor modo que consideren factible.

3) Valoración posterior de la calidad de la información obtenida- La analítica del laboratorio pueden ser no fiable, las ecografías tampoco, puede no ser bien interpretadas. Los informes pueden consistir en poco más de una serie de diagnósticos sin fundamento e insólitos. A veces la cantidad de información confiable disponible puede ser muy poca, entonces es mejor buscar los datos fiables e interpretarlos con cuidado.

4) Su propia impresión como familia, es esencial. Tener o formarse en conocimientos clínicos también es importante, no tengan nunca miedo al ridículo, van a trabajar para el bien de su hijo. Somos nosotros, la familia, los primeros que cuidaremos de su salud.

5) Obtenga, ante cualquier duda, una opinión de pediatras expertos en adopciones - Los informes deben ser interpretados en su contexto. No olvidar que mientras el sobrediagnóstico es muy común y no es un problema importante, el infradiagnóstico si puede ser un problema serio.

6) Si un diagnóstico es comparable a otro occidental, se debe intentar determinar la duración del problema, para conocer si es un proceso agudo o crónico. En Rusia los niños pueden ser hospitalizados durante mucho tiempo por causas relativamente menores por las que nunca serían ingresados en nuestro país. La duración de una hospitalización a menudo no tiene nada que ver con la severidad del problema.

Además de los diagnósticos, aparecen otros datos en los informes como el peso, la altura y la circunferencia craneal y a menudo son los únicos datos objetivos y útiles de esta información. Tenga siempre presente que el crecimiento del niño solo será óptimo a partir de la llegada a su nuevo hogar.

INFORMES MÉDICOS EN RUSIA O UCRANIA

Parámetros de Crecimiento

Las alturas, pesos, y las circunferencias craneales son los datos más objetivos que se pueden encontrar en un informe médico. Una curva de crecimiento estándar nos dice mucho sobre la salud general del niño. Aproximadamente el 50 % de niños en orfanatos rusos están por debajo de la curva de crecimiento estándar.

La mayor parte de los niños de orfanatos están mal alimentados y aunque en el nacimiento tengan un peso y altura media, generalmente no mantienen la velocidad de crecimiento habitual debido a la institucionalización y retraso psicosocial. Si la edad de adopción es menor de dos años, hay una buena respuesta general de mejoría en peso y de crecimiento lineal.

Los pesos de nacimiento en Rusia están por debajo de la media de un recién nacido en países de la Comunidad Europea. El peso medio en Rusia es 2500 g. Los deficientes cuidados prenatales, el tabaco, la bebida, las infecciones durante el embarazo es bastante común en Rusia y son las causas principales para un peso de nacimiento bajo. La creencia general asume que cuando un niño nace con bajo peso es prematuro; pero no tiene por que ser solo de esa manera, debido al bajo nivel de cuidados que tiene la embarazada puede ser un niño con bajo peso de nacimiento de un embarazo a termino.

Además las medidas antropométricas pueden ser no fiables. El personal que mide los niños en orfanatos no tienen entrenamiento clínico. No sería raro encontrarse con balanzas en mal estado o utilizar cintas flexibles e inútiles para medir. Medir a

un bebé que no se está quieto, tiene su técnica, cualquiera no lo hace bien sin conocerla. Además, los errores matemáticos simples son comunes.

El crecimiento y el desarrollo pueden ser alterados por el ambiente exterior. El tipo más común de fracaso de crecimiento en orfanatos es el retraso de crecimiento psicosocial, es un fracaso en el crecimiento lineal. En este tipo de retraso se quedan atrás un mes por cada tres a cuatro meses de vida de orfanato. El peso también puede ser afectado, pero más la altura. El retraso de crecimiento debido a la desnutrición es mucho menos común y afecta más al peso que a la altura.

Circunferencia Craneal

La medida más importante puede ser la circunferencia craneal que aumenta de tamaño en respuesta al crecimiento cerebral. Una cabeza demasiado pequeña o demasiado grande puede señalar problemas significativos neurológicos.

Es el parámetro de crecimiento más importante en el perfil médico del niño. El crecimiento craneal tiene correlación con el crecimiento cerebral de la temprana primera infancia. Los cráneos crecen rápidamente hasta el primer año de vida. La circunferencia craneal media de un recién nacido a término es de 35 cm., en el primer año de vida la cabeza del niño crecerá aproximadamente 10 cm. mientras el niño sea sano.

En una curva de crecimiento estándar hay una línea percentil 3 % y otra línea del 97 % para cada edad. Si el niño está en algún sitio entre estos porcentajes, es considerado como crecimiento normal.

El tamaño craneal se considera universal y la posición de dormir puede cambiar la forma trasera de la cabeza pudiendo tener un aspecto plano, este tipo de cabezas pueden ser el resultado de una colocación persistente en supino debido a carencia de estimulación en las instituciones. Se puede alterar haciendo que el niño duerma más sobre los lados.

La medición correcta de la cabeza no es fácil. Si el niño tiene raquitismo y mucha prominencia frontal, pueden darse datos falsos. La cabeza debe ser medida sobre las cejas alrededor del diámetro más grande del cráneo posterior. Mida tres veces, para realizar la evaluación, sacando después la media aritmética de las tres.

Causas de microcefalia.

Los motivos para tener una pequeña circunferencia craneal varían. Algunas cabezas son pequeñas debido a mala nutrición, otras por tabaquismo, alcohol, infecciones intrauterinas durante el embarazo o desórdenes genéticos. En algunos casos raros aparece un cierre prematuro de las suturas del cráneo -craneosinostosis-, que es la causa de un crecimiento pobre cerebral después del nacimiento. Algunos niños nacen con cabezas normales, pero debido a la desnutrición y la carencia de estimulación sus cabezas no crecen.

Aquellos niños con circunferencias craneales debajo del 3 %, siendo la edad de adopción inferior al año de nacimiento pueden tener un potencial de crecimiento normal. Cuando una circunferencia sea menor del tercer percentil 3r %, habría preocupación sobre el desarrollo cognoscitivo e intelectual del niño.

Si una circunferencia delantera esta por debajo del 3 %, los padres deberían conseguir una medida puesta al día y luego determinar si es una situación que existió de nacimiento o se desarrolló durante el tiempo en el orfanato. **Un niño que no es prematuro, con una pequeña circunferencia en el nacimiento, tiene más riesgo que un niño que ha nacido con una circunferencia normal y la cuya cabeza crece despacio en el orfanato.** ¡Es un error asumir que el pequeño tamaño craneal de un niño es debido a microcefalia familiar!. A no ser que pudiera ser documentado con las medidas de las cabezas de ambos padres.

Esta documentado un aumento de la circunferencia craneal en niños adoptados, en cuanto se les incorpora a un nuevo ambiente familiar estable.

La relación entre circunferencias craneales pequeñas y una posible patología neurológica a largo plazo no es, ni mucho menos, determinante. En cambio, si parece razonable suponer que pueda orientar hacia una posible patología, pero nunca es un único criterio para realizar un diagnóstico médico.

Filosofía de la defectología en la antigua Unión Soviética, su repercusión en los diagnósticos médicos rusos actuales.-

Los diagnósticos encontrados en los informes médicos rusos son responsables de la mayor preocupación y fuente de ansiedad asociada a una adopción en Rusia. Hoy en día, los pediatras, concedores de la adopción internacional, están acostumbrados a los términos médicos insólitos que aparecen, pero si busca una interpretación directa, no la encontrará en ninguna parte. Los médicos en Rusia tienen una perspectiva única de la salud de los recién nacidos. A partir del estudio publicado en 1997 por Albers conocemos las discrepancias que existen entre los diagnósticos médicos preadoptivos de los niños procedentes de Rusia y países del Este. Estos autores comprobaron que ningún niño tenía problemas neurológicos graves, a pesar de lo numerosos diagnósticos preadoptivos de patología seria del SNC.

¿Por qué aparecen estos diagnósticos?. Sencillamente, es así desde el anterior estado soviético, en el que imperó el sistema de la "**Defectología**" en el que los niños son considerados intrínsecamente defectuosos y luego con el tiempo, llega la solución "de defectos". Forma parte de la filosofía soviética anterior, donde el individuo solo se realizaba plenamente en el marco de la colectividad. Los médicos rusos creen que los niños jóvenes y niños son neurológicamente inmaduros. Por lo tanto es estándar para un niño ruso ser evaluado por un neurólogo pediátrico varias veces en los primeros unos años de vida. Los niños que han nacido de madres que no se han cuidado, o con infecciones durante el embarazo pueden ser diagnosticados como portadores de una "**ENCEFALOPATIA PERINATAL**".

Otra diferencia del Sistema Médico Ruso es que los niños son examinados por neurólogos pediátricos más que por pediatras como en Occidente. Esto puede ser la causa por lo que hacen referencias vagas, pero bastante alarmantes, de diagnósticos del sistema nervioso central. Generalmente la historia detallada y la descripción de razonamientos para explicar los diagnósticos no existen. Todos estos diagnósticos indican que al menos el 85 % de los niños tenían retrasos del desarrollo o problemas neurológicos.

Cualquier niño que crece en un orfanato va a tener retrasos del desarrollo, pero la gran mayoría de estos diagnósticos se aplican sin criterio. Un ejemplo: Si un médico examina a 100 niños y diagnostica infecciones del oído en todos ellos, acertará en algún momento. De la misma manera, si un médico diagnostica encefalopatía perinatal todo el tiempo, tendrá razón a veces. Los padres y el médico deben mirar más allá de estos diagnósticos para averiguar si un niño tiene una condición significativa.

Para la mayor parte de los médicos occidentales padecer una encefalopatía perinatal es una condición que denota que el niño padece un alto riesgo de parálisis cerebral y de retraso mental serio. En Rusia, el diagnóstico puede ser hecho si el médico que examinó siente que hay alguna sospecha en su historial de que el niño ha sido "estresado" en algún momento del embarazo, del parto o en el período post-parto. En otras palabras, en la mente del médico ruso, "que el niño pueda correr peligro de daño neurológico". Después se prescribe un curso de terapia y los niños "se recuperan" al año de edad. Así este diagnóstico está basado en factores prenatales que podrían conducir al bebé a ser neurológicamente anormal. Un niño que nació de una madre sifilítica puede ser diagnosticado con encefalopatía perinatal sólo por esa razón. Unas condiciones adversas como el nacimiento prematuro o complicaciones como un parto fuera del hospital, también podrían contribuir al diagnóstico de encefalopatía perinatal. Es un sistema de potenciales, si hay potencial de daño, colocan el diagnóstico de encefalopatía. En Rusia asumen que casi todos los bebés son defectuosos y que se resolverán con sus terapias propias, como el masaje o con medicaciones insólitas que no se usan en países occidentales.

Si la madre estuviera enferma durante el embarazo o no observaba ningún cuidado prenatal, entonces al niño se le considera potencialmente predispuesto a sufrir malas condiciones de salud y es diagnosticado con encefalopatía perinatal. Este diagnóstico, repetimos, no está basado en ninguna investigación científica hecha en Rusia u otro país. Los médicos rusos tienen una larga una larga tradición de diagnosticar esta patología en individuos sanos. Un niño con un diagnóstico de "encefalopatía perinatal" con valores de test de Apgar superiores a 7 o 8, que se da la vuelta en cuatro meses, se sienta en siete, y anda en doce no tiene daños neurológicos compatibles con ese diagnóstico. No hay que confundir con la situación en que el desarrollo normal de un niño que vive en los orfanatos, por lo general, se retrasa.

La complicación en el empleo de este término es que también puede ser aplicado en situaciones donde el director de orfanato no quiere aparecer que "coloca" a

demasiados niños "normales" en el extranjero o que la institución pueda así ser elegida para disponer de financiación adicional.

Otros diagnósticos que son encontrados comúnmente en los informes médicos son la **insuficiencia o deficiencia piramidal**, el **síndrome neuroexcitable hipertensivo**, el **síndrome hipertensivo hidrocefálico**, y el **síndrome de reflejo neuroexcitable**.

- **El síndrome de hiperexcitabilidad**, que podríamos traducir como el síndrome de reflejos aumentados, de vez en cuando aparece. La mejor interpretación de lo que los médicos intentan decir se refiere a lo que en occidente podría ser llamado un bebé quisquilloso. Otra versión, aunque de interpretación mas cuestionable es una especie del síndrome de abstinencia por algún tipo de drogodependencia materna. La palabra rusa para el usuario de narcóticos es **narcoman**, la enfermedad **narcomania**.

- **El síndrome hipertensivo o hidrocefálico** es la misma cosa.

- **El tono de músculo aumentado o disminuido** será descrito con términos hipertonía o hipotonía. El tono de músculo normal parece que es rara vez descubierto en la práctica rusa clínica.

Otro término común encontrado en cada informe médico es **Hipotrofia**. Cuando literalmente es traducido significa "menos crecimiento". A veces es clasificado (I, II, III). En realidad es un término para describir el pequeño tamaño de recién nacidos en Rusia y luego el retraso de su desarrollo, que vemos en orfanatos como consecuencia de la nutrición pobre y la institucionalización. El sistema de clasificación es subjetivo y no aparece ser estándar de orfanato en orfanato. También utilizan este sistema de clasificación para la descripción de la precocidad, pero otra vez mas no esta estandarizado.

- **La insuficiencia piramidal** se refiere a la anormalidad posible de las extensiones corticospinales del sistema nervioso central que controla los movimientos de los músculos del cuerpo. Si el niño tiene retrasos del desarrollo de motor grueso, entonces le otorgan este diagnóstico. A menudo es interpretado como parálisis cerebral, pero no está confirmado por la experiencia clínica en Occidente. Los niños a menudo son diagnosticados con tetraparesias espásticas que literalmente significa debilidad y espasticidad de las cuatro extremidades y es comúnmente aplicado a los niños que andan y parecen bastante normales.

- **Miotonia, distonia, o disquinesia**, son también términos muy encontrados en informes médicos de Rusia. Son términos para describir un tono de músculo anormal. La mayor parte de los niños en orfanatos tienen un tono de músculo anormal debido a la desnutrición, el raquitismo (la vitamina la D y la deficiencia de calcio) y la carencia de estimulación. Con la nutrición adecuada y vitaminas, el tono de músculo se mejora dentro de unos meses. En algunos casos puede beneficiarse de la fisioterapia por los servicios de Atención Temprana de su comunidad. Puede ocurrir que los niños que han estado en el orfanato durante los períodos más largos de tiempo pueden tener más problemas médicos.

La mejor muestra de estos diagnósticos es esta anécdota que nos cuenta la Dra. J. Aronson, pediatra norteamericana experta en adopción:

“Cuando yo era estaba en el hospital de maternidad en Saratov en Rusia en 1997, pregunté al director de la sección de recién nacidos acerca de estos diagnósticos, entonces me pidió que escuchara al bebé que lloraba en el cuarto de bebés cercano a nosotros, me dijo que el bebé tenía el síndrome de reflejo neuroexcitable. Cuando me acerqué al niño, noté que la botella de la que se alimentaba, la habían apoyado sobre una manta, ésta había rodado y así desaparecido de su boca. El niño tenía hambre y estaba irritado. Al bebé le daban el Kéfir, que es un yogur ácido y frío, que no tiene nada de sabroso.

En vez de un cuidadoso examen del niño y luego realizar estudios para confirmar el daño real cerebral, el niño es diagnosticado como portador del daño cerebral porque el sistema nervioso “parece” estar inmaduro. Lo esencial es que los médicos probablemente observan a niños normales que están retrasados debido a desnutrición y carencia de estimulación. Los diagnósticos estas basados en un sistema de creencia, más bien que un proceso de pensamiento basado en la observación científica de la fisiología y la anatomía humana.

Pruebas médicas desenfrenadas:

Muchos niños se les realiza ultrasonidos en órganos. Es algo confuso por qué piden estas pruebas. No es fácil entender porque las ordenan, a menudo no son específicas y no son útiles para el diagnóstico. En Occidente, si se pide realizar una prueba, es que está basada en una correlación clínica, es decir, solo cuando existe un motivo para pedirla. Si uno ve alguna anormalidad en la exploración cuando el niño llega, se le hace un examen completo y es entonces cuando deben ser hechas la prueba.

Las radiográficas, ecografías, EKGs, EEGs, y ecocardiogramas que son usadas para investigar la salud en los orfanatos, a veces el equipo está a menudo anticuado o en el mal estado o son realizadas por individuos inexpertos.

Es difícil evaluar la fiabilidad de las evaluaciones de ultrasonido de varios órganos. Si el niño ha tenido una historia de una infección de urinaria y tiene una mención de una ecografía anormal de riñón, se obtienen resultados mas precisos y concretos cuando los padres repiten la prueba en el país de llegada.

Displasia de cadera

Al menos el 10 % de los informes médicos de Rusia mencionará este diagnóstico; Comenta la Dra. Jane Aronson, “de aproximadamente 800 niños adoptados de Rusia evaluados en mi consulta, solo un niño tuvo el diagnóstico real que hizo necesario la cirugía, y está bien y sana”. La cadera displásica tiene un predominio de menos del 1 % en nacimiento y puede ser diagnosticado bien en el primer año de vida.”

En términos simples es el desarrollo anormal de la anatomía de cadera y si no es diagnosticado y tratado, puede causar alteraciones en la pierna y interferirá con su

función normal. Está sobrediagnosticado en los informes rusos. Un buen examen físico por un pediatra a la llegada fácilmente puede excluir este diagnóstico. Si un niño tiene un diagnóstico tardío en la primera infancia o en la niñez, la cirugía tiene un resultado excelente.

Agujero o Ventana Oval abierto

Es un diagnóstico que es encontrado demasiado a menudo en los informes rusos y es, otra vez un sobrediagnóstico. Es en realidad no tiene ninguna importancia clínica, es un hallazgo casual en el transcurso de un ecocardiograma. Todos los niños tienen una ventana oval en el atrio o tabique interauricular del corazón, se cierra pronto en el desarrollo, si éste permanece abierto no causa ningún efecto sobre la salud.

Disbacteriosis Intestinal

Es otro diagnósticos frecuente y sin significación de enfermedad precisa; en el colon existe una flora bacteriana y la armonía de aquella bacteria puede ser fuera del equilibrio. Los niños con la diarrea o gases intestinales a menudo son diagnosticados con esta condición. En todos los intestinos existe una flora bacteriana, que es necesaria al funcionamiento normal de sistema intestinal Hay sólo un número determinados de bacterias que son consideradas patógenas en el colon como la Salmonella, Campylobacter, Shigella, Yersinia, y alguna Escherichia coli. La disbacteriosis intestinal es simplemente la aparición de flora normal bacteriana con síntomas no específicos. No hay ninguna necesidad del tratamiento aunque, en Rusia, a menudo den antibióticos para esta situación.

Medicaciones y Terapias

Los niños que viven en orfanatos inevitablemente son tratados con un surtido medicaciones que comúnmente no son usados en Occidente. Como tranquilizantes mayores y sedativos como fenobarbital (Luminal), carbamazepina (Tegretol), y fenitoina (Dilantin). Los niños que reciben estas medicaciones no necesariamente tienen una condición diagnosticada que hace necesario el tratamiento con estas medicinas. Las familias los conocen a veces como somnolientos o aturdidos, es a causa de estas medicinas. Les dan digitalicos a niños con soplos cardiacos simples funcionales. Las vitaminas, magnetoterapias, tratamientos de cera de parafina, tratamientos ultravioletas ligeros, electroforesis, y terapias de masaje son todos los tratamientos comúnmente mencionados en los informes médicos. Las preocupaciones de los padres sobre efectos colaterales son comunes. Si un bebé aparece particularmente inactivo o desunido emocionalmente, es posible que el niño esté sedado.

El diagnóstico "de la exposición a la sífilis" o "enfermedad luética" es muy común en los informes rusos. Según J. Aronson (2002) al menos el 20 % de sus revisiones de pre adopción incluyen este diagnóstico. De los niños de Europa Oriental que evaluó,

solo encontró un caso de Ucrania con la sífilis activa. Sin embargo, encuentra muchos casos con presencia de anticuerpos a la bacteria de la sífilis. Cuando una madre tiene la sífilis, su cuerpo produce proteínas en la sangre para combatir la infección bacteriana. Llamamos a estas proteínas anticuerpos y el bebé entonces puede conseguir aquellos anticuerpos por la placenta durante el embarazo, ya que atraviesan perfectamente la placenta. Los anticuerpos son por lo tanto los anticuerpos de la madre, no del bebé. El sistema médico ruso ha hecho un trabajo excelente en la protección de la sífilis en los recién nacidos. Pero no pueden diferenciar la exposición de la infección real y tratan a todos los niños que han sido expuestos a madres con sífilis con 14-28 días de las inyecciones diarias intramusculares de penicilina. Es la terapia más adecuada para la sífilis congénita. Es importante que los padres busquen la confirmación de que el niño ha sido tratado con penicilina. La sífilis no es un diagnóstico alarmante en un informe ruso, pero sí es importante que el niño una vez que sea adoptado, se les haga pruebas serológicas incluyendo examen ocular y del oído, con una historia de sífilis posible congénita.

Transfusiones

La presencia de transfusión sanguínea en el informe médico es realmente alarmante, ya que podría hacer pensar una exposición por descuido al virus de la Hepatitis B o C, o el VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANA. J. Aronson, experta norteamericana en adopción no ha observado a ningún niño con la infección de VIH adoptado. Hace años, unos niños de China tenían pruebas **ELISA** positivas para el VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANA, pero todos los niños tenían pruebas **PCR** negativas; se descubrió entonces que sus madres estaban infectadas, pero los niños no.

Infección por Hepatitis B

La Hepatitis b es una infección viral que afecta el hígado. Si la persona contrae la infección, por lo general se resuelve dentro de unas semanas y no hay mayor problema médico. Si la persona se hace un portador del virus, pudiendo haber afectación crónica. La cirrosis y posiblemente el cáncer del hígado puede desarrollarse décadas después. Los estudios de historia natural de HB crónico en niños comienzan a aparecer en la literatura médica. El riesgo de desarrollar HB crónico está correlacionado con la edad de infección inicial. Aproximadamente el 90 por ciento de los infectados antes del primer año de edad desarrollan la infección crónica HB, mientras que disminuye al 40 % entre 1 y 10 años y menos del 10 % entre adultos. La Hepatitis B puede ser transmitida de una madre al hijo recién nacido en el momento del nacimiento si la madre lleva el virus de Hepatitis b. En China, la Hepatitis B es bastante frecuente y entre el 5 al 15 % de todos aquellos individuos infectados por la Hepatitis B potencialmente pueden hacerse los portadores del virus toda la vida. Los niños que nacen de una madre portadora son expuestos al virus al final del embarazo y en el momento del parto. Como la

madre con frecuencia no tiene cuidados prenatales su estatus es desconocido y cuando el bebé es entregado, no dan al bebé la globulina inmune de la Hepatitis B y la vacuna en un esfuerzo para prevenir la infección en el recién nacido. Los niños abandonados obviamente no podrían disfrutar de esta protección. Esto es el procedimiento estándar en los países de Occidente. Muchos orfanatos ahora administran la vacuna de Hepatitis B, pero dan a esta vacuna mucho más tarde como para prevenir la infección de la madre al hijo en el momento del nacimiento. La vacuna sin embargo al menos disminuirá la transmisión del virus en el orfanato. Cuando los niños están en un orfanato, son evaluados para el virus de Hepatitis B con un prueba de sangre durante los primeros meses que llegan al orfanato. En el examen médico se puede leer:

"Hepatitis antígeno de superficie de la Hepatitis B".

Por lo general, aparece la palabra "negativa" o un símbolo "-" (negativo), que indica que el bebé no está infectado por el virus de HB. Como el período de incubación no es menor de seis meses, estos resultados pueden no reflejar con exactitud el estado de HB del niño. Los niños también pueden estar expuestos al virus en el orfanato por la exposición a la sangre de empleados u otros niños que pueden ser los portadores del virus. Esta infección es transmitida por la exposición a la sangre del individuo que lleva el virus. Un orfanato es equivalente a una casa, y este virus no es transmitido por accidente por compartir el alimento o utensilios.

Es recomendable la vacunación de la Hepatitis B para todos los miembros del hogar cuando un miembro de familia es un portador del virus. Si en la familia hay otros niños, probablemente ya han sido inmunizados, porque la vacuna HB es obligada en su calendario de vacunaciones. **Las familias que viajan para adoptar a un niño deberían ser vacunados antes.** La vacuna es una serie de tres vacunaciones para completar en seis meses. Si se dispone solo de dos vacunas antes del viaje, probablemente logrará algún tipo de protección.

Cuando el niño llega del extranjero, se recomienda realizar el test de la Hepatitis B que incluye el anticuerpo de superficie de Hepatitis B, el anticuerpo de núcleo de Hepatitis B, y el antígeno de superficie. Si el antígeno es positivo, entonces se recomienda repetir evaluación.

La HB tiene un período de incubación de hasta 12 semanas. Un niño con una prueba negativa para la hepatitis B de dos meses de edad en realidad puede ser positivo posteriormente. El predominio de portadores de Hepatitis B es el 3.3 % en China y el 2.6 % en Rusia.

Con el VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANO, la prueba usada más común no identifica el virus, sólo prueba que existe el anticuerpo protector. Un niño infectado por el VIH de fuentes fidedignas no puede producir el anticuerpo hasta los 18 meses de edad.

Infección por Hepatitis C:

La Hepatitis C, antes no A, no B, es un problema mundial. El predominio de Hepatitis C en EE UU es probablemente tan alto como el 2 %. La infección de hepatitis C es la causa más común del trasplante de hígado. La transmisión de Hepatitis C es por el empleo de inyectables (medicinas o drogas) o por transfusión de sangre. [Cambio 1997; CDC 1998]. La transmisión perinatal es del 5 -7 % aunque pueda ser más alto (40 %) para niños nacidos de mujeres co-infectados por el VIH.

La transmisión de infección de Hep. C por la leche materna no ha sido documentada. La transmisión por contacto familiar es muy rara. Los factores de riesgo para la infección en niños de adopción internacional probablemente sea por la exposición a agujas no estériles, transfusiones y posiblemente por transmisión perinatal. Los niños pueden ser transfundidos y puede faltar este dato en los informes médicos traducidos para las agencias y familias. De casi 1800 niños evaluados por la Dra. Jane Aronson durante 10 años, aparecieron dos niños infectados por Hep. C y en este tiempo no han aparecido signos de hepatitis crónica activa. Dos niños de menos de un año de edad, que recientemente llegaron portando el anticuerpo positivo han resultado no estar infectados. Hasta que el niño tenga al menos de un año de edad no puede determinarse con fiabilidad. El anticuerpo maternal puede persistir durante mucho tiempo.

Estos cuatro niños son de Europa Oriental y de la anterior Unión Soviética. Otras clínicas médicas también han relatado casos de Hep C. Dos niños de 129 niños evaluados en una clínica de adopción en Boston entre 1989 y 1993 [Miller et al. 1995] han encontrado tener infección activa de Hep C.

Había 5 casos de Hep. C en niños adoptados de China en 1995 de un orfanato en Yangzhou, China en la provincia Jiangsu y dos niños de China fueron detectados con hepatitis C en una práctica de la Ciudad de Nueva York, donde más de 400 niños adoptados de China han sido evaluados a lo largo de 5 últimos años. [Traister y 1998 Aronson].

En medicina de adopción internacional se acordó realizar un seguimiento a todos los niños para comprender mejor los factores de riesgo para la Hep. C en los niños adoptados en el extranjero. Las complicaciones de la Hep. C son similares al Virus de Hepatitis B; esto es, cirrosis y cáncer de hígado. En este sentido, antes de establecer la epidemiología en niños de adopción internacional, se estableció un consenso general de especialistas de medicina de adopción para realizar el screening del anticuerpo de la hepatitis C usando una enzima estándar inmunoensayo (EIA). Durante la evaluación inicial rutinaria médica en el momento de la llegada a su nuevo país, se emplearán estas pruebas para hacer el diagnóstico de Hep. C. Anticuerpo de la Hep. C (inmunoensayo/EIA), (RIBA), y la polimerasa reacción en cadena para el ácido ribonucleico (PCR, ARN) . [Gretch 1997]

Los tratamientos disponibles (el interferón en combinación con ribavirin) son eficaces.

Podría ser aconsejable repetir la prueba analítica a la Hep. C. seis meses después de la llegada en caso de la exposición al virus justo antes de la salida del orfanato porque puede haber un período de incubación no menor de seis meses, aunque típicamente el período de incubación sea 2 semanas a 3 meses.

Alberto Nuñez:

Comisión de salud en CORA.